



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

TARITA DE LOSSO DA SILVEIRA BUENO

AVALIAÇÃO DO CONTATO PELE A PELE NO LOCAL DE NASCIMENTO E
ALEITAMENTO MATERNO NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA

CAMPINAS
2018

TARITA DE LOSSO DA SILVEIRA BUENO

AVALIAÇÃO DO CONTATO PELE A PELE NO LOCAL DE NASCIMENTO E
ALEITAMENTO MATERNO NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Campinas como parte dos
requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em
Ciências, na área de Saúde da Criança e do Adolescente.

ORIENTADOR: PROF. DR. SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO/TESE DEFENDIDA PELA
ALUNA TARITA DE LOSSO DA SILVEIRA BUENO
E ORIENTADA PELO PROF. DR. SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA

CAMPINAS

2018

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica

Universidade Estadual de Campinas

Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas

Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

B862a Bueno, Tarita De Losso da Silveira, 1976-
Avaliação do contato pele a pele no local de nascimento e aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida / Tarita De Losso da Silveira Bueno. – Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Sérgio Tadeu Martins Marba.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Aleitamento materno. 2. Contato pele a pele. 3. Assistência perinatal. 4. Recém-nascido. 5. Desmame. I. Marba, Sérgio Tadeu Martins, 1958-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Evaluation of skin-to-skin contact at the place of birth and breastfeeding in the first six months of life

Palavras-chave em inglês:

Breast feeding

Skin-to-skin

Perinatal care

Newborn

Weaning

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Titulação: Mestra em Ciências

Banca examinadora:

Sérgio Tadeu Martins Marba [Orientador]

Mônica Aparecida Pessoto

Maria Teresa Cera Sanches

Data de defesa: 18-12-2018

Programa de Pós-Graduação: Saúde da Criança e do Adolescente

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

TARITA DE LOSSO DA SILVEIRA BUENO

ORIENTADOR: PROF. DR. SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA

MEMBROS:

1. PROF. DR. SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA

2. PROFA. DRA. MÔNICA APARECIDA PESSOTO

3. PROFA. DRA. MARIA TERESA CERA SANCHES

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Ata da Defesa, assinada pelos membros da Comissão Examinadora, consta no
SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da
Unidade.

Data: 18 de dezembro de 2018

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho ao meu filho Miguel, que há seis anos impulsiona minha vida e me faz um ser humano melhor!

AGRADECIMENTOS

Este trabalho, cuja conclusão tem um significado tão profundo e importante na minha vida, não teria sido finalizado sem o apoio de muitas pessoas.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao meu orientador, Professor Doutor Sérgio Tadeu Martins Marba, pela paciência e por ter engrandecido minha dissertação com sua admirável inteligência. Muito obrigada também por ter me corrigido quando necessário, sem nunca me desmotivar.

Agradeço a toda equipe de Neonatologia do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – CAISM/UNICAMP, pelo apoio para que eu pudesse cumprir os créditos obrigatórios e por ouvirem pacientemente meus desabafos desesperados. Em especial, agradeço aos professores Jamil Pedro de Siqueira Caldas e Mônica Aparecida Pessoto e à Dra Jussara de Lima e Souza por compartilharem comigo suas experiências práticas em pós-graduação e contribuírem para tornar este “objetivo de vida” real.

Agradeço também, à Dra. Patrícia Palermo Brenelli, às residentes de pediatria Tais Belo de Carvalho, Luiza Lobo de Souza, Gabriela de Macedo Leite e Aline Ferrari Martins e às residentes de neonatologia, hoje colegas de profissão, Gabriela Budib Lourenço e Mariana Furukawa pelo fundamental auxílio na coleta dos dados.

Agradeço à equipe de enfermagem do Centro Obstétrico pela dedicação em colocar os recém-nascidos em contato pele a pele.

Agradeço à Márcia de Britto, secretária do programa de pós-graduação; ao Claudinei dos Santos, designer gráfico da Astec (assessoria técnica científica); e ao estatístico Helymar da Costa Machado, por toda ajuda e esclarecimentos. Agradeço também ao professor de inglês Daniel Toyos Hinz, pela sua enorme contribuição.

Finalmente, quero agradecer à minha família pelo apoio incondicional que me deram durante todo o tempo. Ao meu irmão Rodrigo De Losso da Silveira Bueno, muito obrigada por ser sempre minha inspiração!

RESUMO

Objetivos: Avaliar a associação do contato pele a pele em sala de parto e o aleitamento materno exclusivo ao sexto mês de vida, em conjunto com variáveis maternas, obstétricas e neonatais e avaliar a taxa de aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida. **Métodos:** estudo de coorte prospectivo com 149 recém-nascidos a termo em hospital universitário entre 01/11/2017 a 05/12/2017. As variáveis independentes foram maternas, obstétricas e neonatais, incluindo contato pele a pele. O acompanhamento foi feito por contato telefônico (1, 4 e 6 meses). As variáveis categóricas foram expressas em frequências absolutas/relativas, e comparadas pelos testes de Qui-Quadrado ou exato de Fisher. Para variáveis numéricas foram usados média, desvio padrão, valores mínimo/máximo, mediana/quartil e o teste de Mann-Whitney. Para comparação do aleitamento materno entre as avaliações foram utilizados teste de Cochran e de McNemar. Para as variáveis relacionadas com o aleitamento materno e sua interdependência foi utilizada a análise de regressão logística, univariada e multivariada. Nível de significância foi 5%. Trabalho aprovado pelo Comitê de Pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** 79,1% dos recém-nascidos realizaram contato pele a pele, sendo precoce em 85,4%. Houve queda estatisticamente significativa na taxa de aleitamento materno exclusivo (93,2% para 54,3%) ou não (98,6% para 76,5%) ao longo dos seis meses. Na análise univariada, para o desfecho ausência de aleitamento materno aos seis meses foram variáveis estatisticamente significantes: falta de experiência anterior de amamentação OR=9,86 (1,64-59,16), contato pele a pele tardio OR=3,31 (1,10-9,94), complementação com fórmula láctea em alojamento conjunto OR=3,40 (1,32-8,76) e sugar ao seio durante o contato pele a pele OR=2,38 (1,01-5,88). No modelo final da análise múltipla por regressão logística permaneceu independentemente associada à ausência de aleitamento materno aos 6 meses a complementação com fórmula láctea OR=3,66 (1,41-9,50). Na análise de regressão univariada para o desfecho ausência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses, foram variáveis estatisticamente significativas: mãe com licença maternidade remunerada OR=2,04 (1,06-3,94), complementação

com fórmula láctea em alojamento conjunto OR=3,85 (1,41-10,48) e Apgar 5º minuto OR=0,43(0,21-0,88). Quando realizada a análise de regressão logística multivariada, as variáveis complementação com formula láctea OR=3,76 (1,32-10,72), o trabalho fora do lar OR=2,25 (1,11-4,57) e o Apgar 5º minuto OR=0,43 (0,20-0,92) foram independentemente associadas a esse desfecho.

Conclusões: O contato pele a pele precoce foi significativo para aleitamento materno na análise de frequência e o tardio foi risco para o desmame no sexto mês. O uso de fórmula láctea no alojamento conjunto também foi fator de risco e a amamentação anterior fator de proteção para o aleitamento materno no sexto mês. Ao final da análise múltipla, permaneceu como risco a complementação com fórmula. Para aleitamento materno exclusivo foram risco a complementação com fórmula e licença maternidade; e proteção o Apgar 5º minuto. Após a análise múltipla permaneceram significativas a complementação com fórmula e mãe trabalhar fora como risco, e Apgar 5º minuto como proteção. A taxa de aleitamento materno exclusivo ou não decresceu significativamente ao longo dos seis meses de vida do recém-nascido.

Palavras chave: aleitamento materno; contato pele a pele; assistência perinatal; recém-nascido; desmame.

ABSTRACT

Objectives: Evaluate the association between skin-to-skin contact and exclusive and non-exclusive breastfeeding in the sixth year of life, along with maternal, obstetric, and neonatal variables, as well as evaluate the exclusive breastfeeding rates during the first six months of life. **Methods:** Prospective cohort study with 149 early and full-term newborn babies at a university hospital between November 1st, 2017 and December 5th, 2017. The independent variables were maternal, obstetric and neonatal, including skin-to-skin contact. The follow-up was performed through telephone contact (1, 4 and 6 months). The categorical variables were expressed in absolute and relative frequencies which were compared with chi-square or Fisher's exact tests. For numeric variables, averages, standard deviation, maximum and minimum, median/quartic values and Mann-Whitney test were used. In order to compare breastfeeding among evaluations, Cochran and McNemar tests were used. For variables related to breastfeeding and its independence, univariate and bivariate logistic regression analyses were performed. Significance value was 5% This work was approved by the Research Committee, and a Consent Form was signed. **Results:** 79,1% of newborns performed skin-to-skin contact and, among them, 85,4% were early contact. There was a statistically significant fall in exclusive (93,2% to 54,3%) and non-exclusive (98,6% to 76,5%) breastfeeding rates along the six months. In the univariate logistic regression analysis, for absence of breastfeeding in 6 months, the following variables were statistically significant: lack of prior experience in breastfeeding OR=9,86 (1,64-59,16), late skin-to-skin contact OR=3,31 (1,10-9,94), complementary feeding using formulas in rooming-in facility OR=3,40 (1,32-8,76), and breast sucking during skin-to-skin contact OR=2,38 (1,01-5,88). In the final model of the multiple analysis by logistic regression, complementary formula OR=3,66 (1,41-9,50) remained independently associated to the absence of breastfeeding during the 6 months. In the univariate regression analysis for absence of exclusive breastfeeding in 6 months, the following variables were statistically significant: mother with paid maternity leave OR=2,04 (1,06-3,94), newborn receiving complementary formula OR=3,85 (1,41-10,48) and 5-minute Apgar

OR=0,43(0,21-0,88). When multivariate logistic regression analysis was performed, formula OR=3,76 (1,32-10,72), working outside home OR=2,25 (1,11-4,57) and the 5-minute Apgar OR=0,43 (0,20-0,92) were independent on this outcome. **Conclusions:** Early skin-to-skin contact was significant for breastfeeding in the frequency analysis and the late posed a risk to weaning in the sixth month. The use of formula in rooming-in facility was also a major risk, while prior breastfeeding was considered protective for breastfeeding in the sixth month. In the end of multiple analysis, complementary formula remained significant. For exclusive breastfeeding, the risk factors were: complementary formula, paid maternity leave, and 5-minute Apgar protection. After multiple analysis, complementary formula, mother working outside home, and 5-minute Apgar remained significant risks. Exclusive and non-exclusive breastfeeding rates fell significantly along the 6 months of life of the newborn.

Keywords: breastfeeding; skin to skin; perinatal care; newborn; weaning.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição absoluta e relativa das variáveis descritivas categóricas maternas e obstétricas	37
Tabela 2. Distribuição absoluta e relativa das variáveis descritivas categóricas do recém-nascido	38
Tabela 3. Distribuição das variáveis contínuas maternas e neonatais	39
Tabela 4. Distribuição dos recém-nascidos em aleitamento materno ou não aos 6 meses segundo as variáveis categóricas maternas e obstétricas	41
Tabela 5. Distribuição dos recém-nascidos em aleitamento materno ou não aos 6 meses segundo variáveis contínuas maternas e obstétricas	42
Tabela 6. Distribuição dos recém-nascidos em aleitamento materno ou não aos 6 meses segundo as variáveis categóricas neonatais	42
Tabela 7. Distribuição dos recém-nascidos em aleitamento materno ou não aos 6 meses segundo variáveis contínuas neonatais	43
Tabela 8. Análise univariada para o desfecho ausência de aleitamento materno aos 6 meses considerando as variáveis maternas e obstétricas	44
Tabela 9. Análise univariada para o desfecho ausência de aleitamento aos 6 meses considerando as variáveis neonatais	45
Tabela 10. Análise multivariada para o desfecho ausência de aleitamento materno aos 6 meses – final da regressão logística	45
Tabela 11. Distribuição dos recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo ou não aos 6 meses segundo variáveis categóricas maternas e obstétricas	46
Tabela 12. Distribuição dos recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo ou não aos 6 meses segundo variáveis contínuas maternas e obstétricas	47
Tabela 13. Distribuição dos recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo ou não aos 6 meses segundo variáveis categóricas neonatais	47
Tabela 14. Distribuição dos recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo ou não aos 6 meses segundo variáveis contínuas neonatais	48
Tabela 15. Análise univariada para o desfecho ausência de aleitamento materno exclusivo aos 6 meses segundo as variáveis maternas e obstétricas	49
Tabela 16. Análise univariada para o desfecho não aleitamento materno exclusivo aos 6 meses considerando as variáveis neonatais	50
Tabela 17. Análise multivariada para o desfecho não aleitamento materno exclusivo aos 6 meses: final da regressão logística	50

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ALCON – alojamento conjunto

AM – aleitamento materno

AME – aleitamento materno exclusivo

CAISM – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

CDC – Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América

CO – centro obstétrico

CPP – contato pele a pele

DM – diabetes mellitus

DP – desvio padrão

EUA – Estados Unidos da América

FL – fórmula láctea

HAC – hospital amigo da criança

IC – intervalo de confiança

IgA – imunoglobulina A

IgG – imunoglobulina G

IgM – imunoglobulina M

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

IMC – índice de massa corporal

min – minutos

MS – Ministério de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OR – odds ratio

p – p valor

PIG – pequeno para a idade gestacional

PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1. Benefícios do aleitamento materno	14
1.2. Desafios e políticas de incentivo ao aleitamento materno	20
1.3. Sucesso no aleitamento materno e contato pele a pele	23
2. OBJETIVOS	26
2.1. Objetivo geral	26
2.2. Objetivos específicos	26
3. METODOLOGIA	27
3.1. Desenho	27
3.2. Tamanho amostral	27
3.3. Seleção de sujeitos	27
3.4. Variáveis e conceitos	28
3.5. Instrumento para coleta de dados	32
3.6. Coleta de dados	32
3.7. Acompanhamento de sujeitos	33
3.8. Considerações éticas	33
3.9. Critério para descontinuação	34
3.10. Processamento e análise de dados	34
4. RESULTADOS	36
4.1 Variáveis descritivas	37
4.2. Análises referentes ao aleitamento materno	40
4.3. Análises referente ao aleitamento materno exclusivo	46
5. DISCUSSÃO	51
6. CONCLUSÕES	59
7. REFERÊNCIAS	61
8. ANEXOS	71

1. INTRODUÇÃO

O período neonatal constitui um momento de grande vulnerabilidade na vida do ser humano, sendo muitos os riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais a que os recém-nascidos (RN) estão expostos. Assim sendo, o cuidado integral e qualificado com a saúde do RN tem fundamental importância para a redução da mortalidade infantil, ainda elevada no Brasil, e a promoção de uma melhor qualidade de vida.¹⁻²

Entre as medidas que contribuem para melhorar a condição de saúde do RN e, conseqüentemente da população, está o estímulo ao aleitamento materno (AM).¹⁻²

Existem inúmeras evidências científicas sobre a superioridade do AM para o binômio mãe e RN em relação ao uso de fórmulas lácteas. A Organização Mundial da Saúde (OMS), a Academia Americana de Pediatria, o Colégio Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde (MS) do Brasil enfatizam que o leite humano traz benefícios nutricionais, imunológicos e para o desenvolvimento do RN, e que nenhuma fórmula láctea alcança estes objetivos.¹⁻²⁻³⁻⁴

Além do AM ser a mais sábia estratégia de vínculo, afeto e proteção para a criança, constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para a redução da morbimortalidade infantil. É um processo que envolve profunda interação entre mãe e filho, repercutindo no desenvolvimento cognitivo e emocional da criança e na saúde psíquica da mãe.¹⁻⁵⁻⁶⁻⁷

1.1. Benefícios do aleitamento materno

1.1.1. Nutricionais

Além de o leite humano ser o único que corresponde às necessidades do RN em sua totalidade e ser ótima fonte nutricional, fornece nutrientes específicos de acordo com a idade do mesmo levando ao melhor balanço nutricional. Proporciona uma combinação única de proteínas, lipídeos, carboidratos, minerais, vitaminas, enzimas e células vivas.¹⁻²⁻⁴⁻⁸⁻⁹

Apresenta melhor digestibilidade devido à menor carga de soluto, melhor relação lactoalbumina/caseína e presença de enzimas como a lipase, protease e amilase. Na sua composição predomina a α -lactoalbumina e não há β -lactoalbumina, cuja hidrólise é mais lenta, é altamente alergênica e responsável pelas cólicas do lactente.¹⁰

Em comparação com o leite de vaca, o leite humano possui maior quantidade de ácidos graxos de cadeia longa e poli-insaturados, essenciais para o desenvolvimento da retina e do sistema nervoso central. Apresenta taurina, que não tem no leite de vaca e, baixas quantidades de fenilalanina e tirosina, cuja metabolização é limitada no RN.¹⁰

Por essas características, promove o melhor crescimento do RN quando comparado com leites de outras espécies ou fórmulas lácteas. Atualmente, utiliza-se o crescimento das crianças amamentadas como padrão.¹⁻¹¹

1.1.2. Imunológicos

O leite humano possui numerosos fatores imunológicos que protegem a criança contra infecções. Agem diretamente sobre algumas bactérias patogênicas ou favorecem o crescimento de uma microbiota intestinal que impede o desenvolvimento de agentes patogênicos.²⁻¹⁰

Entre os fatores imunológicos, destaca-se os anticorpos IgA que atuam contra microorganismos presentes nas superfícies mucosas. Eles são um reflexo dos antígenos entéricos e respiratórios da mãe, proporcionando, desta maneira, proteção à criança contra os agentes infecciosos mais prevalentes no meio em que ela vive. A concentração de IgA no leite materno diminui ao longo do primeiro mês, permanecendo relativamente constante a partir de então.²

Além de IgA, o leite materno contém outros fatores de proteção, tais como anticorpos IgM e IgG, macrófagos, neutrófilos, linfócitos B e T, lactoferrina, lisosima e fator bífido, entre outros.²⁻¹⁰

Alguns dos fatores de proteção do leite materno são totalmente ou parcialmente destruídos pelo calor, razão pela qual o leite humano pasteurizado (submetido a uma temperatura de 62,5°C por 30 minutos) não tem o mesmo valor biológico que o leite cru.²

Estudos mostram que a amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida diminui o risco de alergia à proteína do leite de vaca, de dermatite atópica

e de outros tipos de alergias, incluindo asma e sibilos recorrentes. A exposição a pequenas doses de leite de vaca nos primeiros dias de vida parece aumentar o risco de alergia ao leite de vaca. Por isso é importante evitar o uso desnecessário de fórmulas infantis. ¹⁻²⁻¹²

1.1.3. Vínculo mãe-filho

Amamentar promove vínculo afetivo entre mãe e filho, trazendo assim benefícios psicológicos para ambos. ²⁻¹⁰

Uma amamentação prazerosa, os olhos nos olhos e o contato contínuo entre mãe e filho, além de fortalecer os laços afetivos entre eles, leva ao desenvolvimento da intimidade, troca de afeto e sentimentos de segurança e de proteção na criança e de autoconfiança e de realização na mulher. ²⁻¹⁰

Amamentação é uma forma muito especial de comunicação entre a mãe e o bebê e uma oportunidade de a criança aprender muito cedo a se comunicar com afeto e confiança, favorecendo seu relacionamento com outras pessoas e sua interação com o mundo. ¹⁻²⁻¹⁰

1.1.4. Para a saúde materna

Existe uma associação entre aleitamento materno e redução na prevalência de câncer de mama. Estima-se que o risco de contrair a doença diminua 4,3% a cada 12 meses de duração de amamentação. E essa proteção independe de idade, etnia, paridade e presença ou não de menopausa. ²⁻¹⁰

A amamentação é um excelente método anticoncepcional nos primeiros seis meses após o parto (98% de eficácia), desde que a mãe esteja amamentando exclusivamente, em livre demanda, inclusive durante a noite e ainda não tenha menstruado. Consequentemente, pelo maior período de amenorreia, e também por proporcionar involução uterina mais rápida no puerpério imediato, protege a mãe da anemia no puerpério. ¹⁻²⁻³⁻¹⁰⁻¹³

Além da proteção contra câncer de mama, o AM protege contra o diabetes tipo II. Foi descrita uma redução de 15% na incidência de diabetes tipo II para cada ano de lactação. Atribui-se essa proteção a uma melhor homeostase da glicose em mulheres que amamentam. ²⁻¹⁴⁻¹⁵

O AM também diminui o risco para o câncer de ovário, câncer de útero, hipercolesterolemia, hipertensão e doença coronariana, obesidade, doença

metabólica, osteoporose e fratura de quadril, artrite reumatoide, depressão pós-parto, e diminuição do risco de recaída de esclerose múltipla pós-parto.²⁻³⁻¹⁴⁻¹⁵

1.1.5. Para a saúde do recém-nascido

O leite materno protege contra a diarreia, principalmente em crianças menos favorecidas economicamente. Essa proteção pode diminuir quando o AM deixa de ser exclusivo. Oferecer à criança amamentada água ou chás, prática considerada inofensiva até pouco tempo atrás, pode dobrar o risco de diarreia nos primeiros seis meses. Além de evitar a diarreia, a amamentação também exerce influência na gravidade dessa doença.²⁻³⁻¹⁶

Crianças não amamentadas têm um risco três vezes maior de desidratarem e de morrerem por diarreia quando comparadas com as amamentadas. Um estudo utilizando dados da pesquisa nacional sobre prevalência em aleitamento materno no Brasil observou correlação entre aumento das prevalências de amamentação exclusiva entre 1999 e 2008 e diminuição das taxas de internação hospitalar por diarreia no mesmo período.¹⁻²⁻¹⁷

Além disso, foi demonstrada a proteção do leite materno contra infecções respiratórias em vários estudos realizados em diferentes partes do mundo, inclusive no Brasil. Assim como ocorre com a diarreia, a proteção é maior quando a amamentação é exclusiva nos primeiros seis meses. Estudos demonstram que o risco de hospitalização por bronquiolite foi sete vezes maior em crianças amamentadas por menos de um mês.¹⁻²⁻¹⁸

O AM também previne otites. Estima-se redução de 50% de episódios de otite média aguda em crianças amamentadas exclusivamente por 3 ou 6 meses quando comparadas com crianças alimentadas unicamente com leite de outra espécie. E, a longo prazo, protege contra a ocorrência de asma.¹⁻²⁻³⁻¹⁴⁻¹⁶

Foi observado também que o AM apresenta benefícios metabólicos para RN em longo prazo. A OMS publicou importante revisão sobre evidências desse efeito. Essa revisão concluiu que os indivíduos amamentados apresentaram pressões sistólica e diastólica mais baixas (-1,2mmHg e -0,5mmHg, respectivamente), níveis menores de colesterol total (-0,18mmol/L) e risco 37% menor de apresentar diabetes tipo II.¹⁻²⁻³⁻¹⁴⁻¹⁶

Em contrapartida, a exposição precoce ao leite de vaca (antes dos quatro meses) é considerada um importante determinante do diabetes tipo I, podendo aumentar o risco de seu aparecimento em 50%. Estima-se que 30% dos casos poderiam ser prevenidos se 90% das crianças até três meses não recebessem leite de vaca.¹⁻²

Além disso, a maioria dos estudos que avaliaram a relação entre obesidade em crianças maiores de três anos e tipo de alimentação no início da vida constatou menor frequência de sobrepeso/obesidade em crianças que haviam sido amamentadas. Na revisão da OMS sobre evidências do efeito do AM em longo prazo, os indivíduos amamentados tiveram uma chance 22% menor de vir a apresentar sobrepeso/obesidade. É possível também que haja uma relação dose/resposta com a duração do AM, ou seja, quanto maior o tempo em que o indivíduo foi amamentado, menor será a chance de ele vir a apresentar sobrepeso/obesidade.¹⁻²⁻¹⁰

Adultos que foram amamentados, apresentam índice de massa corpórea mais baixo e menor risco para doença cardiovascular.¹⁻³⁻¹⁶

Ainda como fatores ligados à saúde do RN, destaca-se que há evidências de que o AM contribui para um melhor desenvolvimento cognitivo. A maioria dos estudos conclui que as crianças amamentadas apresentam vantagem nesse aspecto quando comparadas com as não amamentadas, principalmente as com baixo peso de nascimento. Essa vantagem foi observada em diferentes idades, inclusive em adultos. Os mecanismos envolvidos na possível associação entre AM e melhor desenvolvimento cognitivo ainda não são totalmente conhecidos. Alguns defendem a presença de substâncias no leite materno que otimizam o desenvolvimento cerebral, com os ácidos graxos de cadeia longa; outros acreditam que fatores comportamentais ligados ao ato de amamentar e à escolha do modo como alimentar a criança são os responsáveis.¹⁻²⁻¹⁹⁻²⁰⁻²¹

Outro ponto relevante está relacionado ao melhor desenvolvimento orofacial associado ao AM.

O exercício muscular, que o bebê amamentado exclusivamente até o sexto mês de vida realiza na amamentação, promove um direcionamento correto do crescimento facial. Os músculos faciais atuam estimulando o crescimento mandibular, maxilar, do palato duro, da arcada dentária e da face

vertical e horizontalmente, além do uso da respiração nasal, o que proporcionará harmonia facial, alinhamento dentário, posicionamento correto da língua, vedamento labial e a realização de todas as demais funções do sistema estomatognático de forma adequada.¹⁻²⁻¹⁰

O desmame precoce poderá interferir no equilíbrio desse sistema músculo-esquelético, causando prejuízo tanto para a postura como para o tônus muscular das estruturas orais. Pode acarretar também desvios de oclusão dentária, bem como das funções de mastigação, deglutição, articulação e até da respiração, principalmente quando associado à maior ocorrência de infecção de vias aéreas superiores, sendo estas, um dos principais acometimentos dos bebês quando desmamados.¹⁻²⁻¹⁰

Ressalta-se também que o AM tem impacto na economia mundial, como um reflexo da situação de saúde de cada país, e também na economia doméstica. É uma estratégia para erradicação da pobreza, para a promoção do crescimento econômico e a redução das desigualdades no mundo.²²⁻²³⁻²⁴

Não amamentar pode significar sacrifícios para uma família com pouca renda. Dependendo do tipo de fórmula infantil consumida pela criança, o gasto pode representar uma parte considerável dos rendimentos da família. E, aos gastos com a compra de leite devem-se acrescentar custos com mamadeiras, bicos e gás de cozinha, além de eventuais gastos decorrentes de doenças, que são mais comuns em crianças não amamentadas.¹⁻²⁻¹⁰

A mortalidade neonatal (entre zero e 27 dias de vida) representa cerca de 60% a 70% da mortalidade infantil. O AM é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, tendo o potencial de evitar 13% das mortes de crianças menores de 5 anos em todo o mundo, por causas preveníveis.¹⁻²

Se iniciado precocemente, o efeito protetor do AM contra mortes infantis aumenta. Foi estimado que 16% e 7,7% das mortes neonatais poderiam ser evitadas com a amamentação no primeiro dia de vida e 22% e 19,1% com a amamentação na primeira hora de vida em estudos realizados em Gana e no Nepal, respectivamente.¹⁻²⁵

Outro dado importante é o fato de que o AM previne mais mortes entre as crianças de menor nível socioeconômico. Enquanto para os bebês de mães com maior escolaridade o risco de morrerem no primeiro ano de vida era 3,5 vezes maior em crianças não amamentadas, quando comparadas com as

amamentadas, para as crianças de mães com menor escolaridade, esse risco era 7,6 vezes maior. Mas mesmo nos países mais desenvolvidos o AM previne mortes infantis. Nos Estados Unidos, por exemplo, calcula-se que o AM poderia evitar, a cada ano, 720 mortes de crianças menores de um.²⁻²⁶⁻²⁷

Dessa forma, conclui-se que o AM pode melhorar a qualidade de vida das famílias, uma vez que as crianças amamentadas adoecem menos, necessitam de menos atendimento médico, hospitalizações e medicamentos, o que pode implicar menos faltas ao trabalho dos pais, bem como menos gastos e situações estressantes. Além disso, quando a amamentação é bem sucedida, mães e crianças podem estar mais felizes, com repercussão nas relações familiares e, conseqüentemente, na qualidade de vida dessas famílias.¹⁻²⁻¹⁰

Estudos indicam repercussões positivas sobre a inteligência e renda na vida adulta relacionado com maior tempo de AM, mesmo para aquelas crianças com baixas condições socioeconômicas, ou seja, o AM tem o potencial de estimular o desenvolvimento cognitivo e o conhecimento²²⁻²⁴⁻²⁸

1.2. Desafios e políticas brasileiras de incentivo ao aleitamento materno

Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena, e apesar dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as prevalências de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém das recomendadas.¹⁻²⁻²⁹⁻³⁰

Não restam mais dúvidas de que a suplementação do leite materno com água ou chás nos primeiros 6 meses é desnecessária, mesmo em locais secos e quentes. O MS do Brasil recomenda o aleitamento exclusivo até os seis meses de idade. Após os seis meses, recomenda continuar o aleitamento até os dois anos de idade ou mais e introduzir os alimentos da família.¹⁻²⁻³¹⁻³²

A pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal mostrou um comportamento bastante heterogêneo dos principais indicadores do AM entre as diversas capitais e regiões do País. Do total das crianças analisadas, 68% mamaram na primeira hora de vida, 41% dos menores de 6 meses estavam em aleitamento materno exclusivo (AME) e 59% das crianças entre 9 e 12 meses estavam sendo

amamentadas. A duração mediana do AME foi de 54 dias (0,7 a 89 dias) e a do AM de 342 dias (293 a 601 dias).¹⁻²⁻²⁹

Segundo a Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros, divulgada em 2010, a duração média do aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças que nasceram em Hospital Amigo da Criança (HAC) foi de 60,2 dias, contra 48,1 dias em crianças que não nasceram em HAC. As chances dos bebês que nascem em HAC de serem amamentados na primeira hora de vida aumentam em 9%; há um aumento de 6% para a amamentação no 1º dia em casa após a alta da maternidade; aumento de 13% para o AME em menores de 2 meses, 8% para o AME em menores de 3 meses e 6% para o AME em menores de 6 meses.³³

Em 2011, foi criada a Rede Cegonha, que objetivou estruturar, em cada região do país, uma rede organizada de cuidados para garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada durante a gravidez, o parto e o puerpério; e às crianças (0 a 2 anos), o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.³⁴

A estratégia inovadora do MS visa garantir o acesso, acolhimento e boas práticas baseadas em evidências científicas e resolutividade das ações, como o clampeamento oportuno do cordão umbilical, o contato pele a pele precoce e AM na primeira hora de vida, além da garantia de oferta de profissionais capacitados em reanimação neonatal, assegurando a redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.³⁴⁻³⁵

Articulada pela Rede Cegonha, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) cujos objetivos centrais são de promover e proteger a saúde da criança e o AM, por meio de suas múltiplas estratégias de ação, como: atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao RN; promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral da criança, promoção do AME e alimentação complementar saudável.³⁴⁻³⁶

Neste sentido, o MS e a OMS recomenda que todos os hospitais e maternidades sigam os Dez Passos para o Sucesso da Amamentação com o objetivo de incentivar, promover e apoiar a amamentação.²⁹⁻³⁷⁻³⁸⁻³⁹

O Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – CAISM/UNICAMP, desde 2003 conquistou o título de HAC e segue os dez passos para o sucesso da amamentação que são: ³³⁻³⁷⁻⁴⁰

- 1a. Cumprir integralmente o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as resoluções relevantes da Assembléia Mundial da Saúde.
- 1b. Ter uma política de alimentação infantil por escrito que seja rotineiramente comunicada à equipe e aos pais.
- 1c. Estabelecer sistemas contínuos de monitoramento e gerenciamento de dados.
2. Garantir que toda a equipe tenha conhecimento, competência e habilidades suficientes para apoiar a amamentação.
3. Discutir a importância e o manejo da amamentação com mulheres grávidas e suas famílias.
4. Facilitar o contato pele a pele imediato e ininterrupto e apoiar as mães a iniciar a amamentação o quanto antes após o nascimento.
5. Apoiar as mães para iniciar e manter a amamentação e gerenciar dificuldades comuns.
6. Não fornecer a recém-nascidos amamentados alimentos ou líquidos que não sejam o leite materno, a menos que indicado clinicamente.
7. Permitir que as mães e seus filhos permaneçam juntos e pratiquem o alojamento conjunto 24 horas por dia.
8. Ajudar as mães a reconhecer e responder às dicas de alimentação dos bebês.
9. Aconselha as mães sobre o uso e os riscos de mamadeiras, bicos e chupetas.
10. Coordenar a alta para que os pais e seus filhos tenham acesso oportuno a apoio e cuidados contínuos.

1.3. Sucesso no aleitamento materno e contato pele a pele

Um dos grandes desafios para o aumento das taxas de AM é alinhar as condutas durante o pré-natal e durante a internação na maternidade, particularmente no período de pós-parto imediato. E entre as práticas que mais prejudicam o AM está a separação da mãe e RN após o nascimento. Os primeiros dias após o parto são muito importantes para o sucesso da amamentação. É um período de intenso aprendizado para a mãe e o seu filho.²⁻³⁻⁴⁻⁵⁻⁸⁻⁴¹⁻⁴²

O profissional de saúde tem papel fundamental na promoção, proteção e apoio ao AM. Para exercer esse papel ele precisa, além do conhecimento e de habilidades relacionados a aspectos técnicos da lactação, ter um olhar atento, abrangente, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, entre outros aspectos.¹⁻²

Apesar de a maioria dos profissionais de saúde considerar-se favorável ao aleitamento materno, muitas mulheres se mostram insatisfeitas com o tipo de apoio recebido. Isso pode ser devido às percepções errôneas do que é apoio na amamentação. As mães que estão amamentando querem suporte ativo, inclusive emocional, e informações precisas para se sentirem confiantes. Entretanto, o suporte oferecido pelos profissionais costuma ser mais passivo e reativo.²

Se o profissional de saúde realmente quer apoiar o aleitamento materno, ele precisa entender que tipo de apoio, informação e interação as mães necessitam. Precisa saber ouvir e acolher as angústias da mãe, ter habilidade em aconselhar.²⁻⁴³⁻⁴⁴

Ao observar outros mamíferos da natureza, verifica-se que permanecer com a mãe após o nascimento é um comportamento inato do filhote. As primeiras duas horas após o nascimento são chamadas de período sensível, sendo este o melhor momento para a mãe iniciar a amamentação do RN. Neste período, separar a mãe do seu bebê, mesmo que por um tempo curto, pode diminuir a habilidade do neonato de iniciar a sucção e levar à redução da confiança da mãe em si mesmo.⁶⁻⁸⁻⁴⁵⁻⁴⁶

Como referido anteriormente, o passo 4 da IHAC trata justamente desse aspecto e para que possa ser concretizado é fundamental que o RN seja

mantido com sua mãe após o nascimento. Neste sentido, preconiza-se o imediato contato pele a pele (CPP) da mãe e RN, o qual comprovou ser a medida mais efetiva para o início precoce e a manutenção do aleitamento.³³⁻³⁷

O Guideline da Organização Mundial de Saúde publicado em 2017 define contato pele a pele precoce como aquele em que o RN é colocado despido sobre o tórax materno até o décimo minuto de vida.⁴⁷

O CPP é alcançado posicionando-se o bebê nu no tórax da mãe despido, entre suas mamas, após o parto. A OMS recomenda que o RN saudável seja colocado e permaneça em CPP por pelo menos uma hora, até o término da primeira amamentação. A mãe é orientada a identificar se o RN mostra sinais de que está querendo ser amamentado; e é oferecida ajuda, se necessária. Em geral, os RN permanecem em alerta e são capazes de alcançar o mamilo da mãe sem nenhuma assistência dentro da primeira hora após o nascimento.⁴⁻⁸⁻³¹⁻³⁷⁻³⁸⁻⁴⁹⁻⁴⁸

São inúmeras as vantagens do CPP, além de favorecer o início precoce da amamentação e a manutenção da mesma no período em que o binômio mãe e RN permanece internado na maternidade.⁴⁻¹⁶

O CPP facilita a transição do neonato para a vida extrauterina, ajudando-o a alcançar mais rapidamente a estabilidade fisiológica. A proximidade com a pele da mãe ajuda a regular a temperatura corporal do RN, a regular o ritmo respiratório, o metabolismo, a saturação de oxigênio, a frequência cardíaca e o choro. Além disso, tem efeito analgésico durante procedimentos dolorosos e abrevia o estresse do nascimento diminuindo a liberação de catecolaminas da mãe e do RN.⁴⁻¹⁶⁻⁴⁶⁻⁴⁹⁻⁵⁰⁻⁵¹⁻⁵²⁻⁵³

A teoria da alostase é a relação entre as respostas psico-neuro-hormonais ao estresse e as manifestações físicas e psicológicas da saúde e da doença. A alostase é necessária e pode ser vista como benéfica, porque seu objetivo é levar a fisiologia aberrante para perto do normal; no entanto, uma resposta alostática vem com um custo fisiológico referido como carga alostática. Quanto maior a carga alostática, maior o dano causado pelo estresse, porque a carga alostática é cumulativa.⁴⁶

A premissa de que o CPP possa interferir positivamente nos índices de AM está sustentada no fato de que ao nascimento, o sistema córtico-simpático do RN é estimulado, o que provoca a liberação de catecolaminas e outros

hormônios relacionados ao estresse. Isto ocorre devido à compressão da cabeça do feto e pela hipóxia intermitente durante a contração uterina, e é um fenômeno vital para a sobrevivência do RN. As substâncias liberadas ativam o loco cerúleo e fazem com que o RN fique bastante ativo e vigil logo após o nascimento. Após aproximadamente duas horas do nascimento, o nível dessas substâncias diminui e o RN fica sonolento.⁴⁷⁻⁴⁸

Assim sendo, as primeiras duas horas após o nascimento são consideradas ótimas para o início da amamentação, pois o RN está alerta e muito sensível aos estímulos maternos (térmico, tátil e olfativo). RN que são colocados em contato pele a pele após o nascimento, iniciam a sucção efetiva em média 50 minutos depois. Esse pode ser um fator decisivo na manutenção da amamentação em longo prazo.⁴⁷⁻⁴⁸

Por outro lado, a liberação de catecolaminas afeta o bulbo olfatório do RN, deixando-o mais sensível ao odor proveniente dos mamilos maternos que servem de guia para o bebê.¹⁶⁻⁴⁸

Estudos mostram que o CPP também influencia no comportamento materno, já que conseguir amamentar precocemente aumenta a confiança na mãe de que ela conseguirá alimentar seu filho, reduz a dor e os sintomas de depressão no período puerperal. Ademais, devido ao contato com o RN, há uma estimulação vagal na mãe e, consequente liberação de ocitocina, o que, em última análise, aumenta a temperatura da mãe e, indiretamente tem um papel na manutenção da temperatura do bebê.⁸⁻¹⁶⁻⁴⁸

Um estudo realizado na maternidade de um hospital de Nova Iorque com o título de HAC, onde o CPP é realizado, mostrou que mães que amamentaram seus bebês na primeira hora de vida apresentaram significativamente maior probabilidade de mantê-los em amamentação exclusiva de duas a quatro semanas após a alta hospitalar.³

Diante das evidências de que o CPP tem papel fundamental no estabelecimento precoce da amamentação, o questionamento é qual seria sua influência após a alta hospitalar do binômio, durante os primeiros seis meses de vida da criança,

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Avaliar a associação do contato pele a pele e o aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida.

2.2. Objetivos específicos

1- Avaliar a associação do contato pele a pele em sala de parto e o aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo ao sexto mês de vida.

2- Avaliar a associação entre o tempo de contato pele a pele em sala de parto e o aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo ao sexto mês de vida.

3- Avaliar a associação de outras variáveis maternas, obstétricas e neonatais e o aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo ao sexto mês de vida.

4- Avaliar a taxa de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida.

3. METODOLOGIA

3.1. Desenho

Estudo de coorte prospectivo.

3.2. Tamanho amostral

Para estimar o tamanho amostral, foi considerada que a população de estudo é grande o suficiente para ser considerada infinita e, o parâmetro considerado foi um percentual (prevalência), com alguns valores de erro relativo (%) e coeficiente de confiança de 95%. A equação utilizada para o cálculo foi $n = \frac{z^2(1-p)}{\varepsilon^2 p}$ onde $z=1,96$ (percentil da distribuição normal); ε =erro relativo; p = percentual considerado.

Para estimar o tamanho amostral foi considerando o percentual de aleitamento materno exclusivo aos seis meses de acompanhamento $p = 43,5\%$ e, alguns valores de erro relativo. Para um erro relativo de 20% e considerando-se 20% de perda, o número de crianças que foram seguidas foi 149 recém-nascidos.³

3.3. Seleção de sujeitos

3.3.1. Critérios de inclusão

Foram incluídos neste estudo recém-nascidos com idade gestacional igual ou maior que 37 semanas, nascidos no período de 01/11/2017 a 05/12/2017 no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – CAISM/Unicamp.

3.3.2. Critérios de exclusão

Foram excluídos os recém-nascidos com:

- Malformação congênita maior
- Filhos de mães com patologias que contraindicam o aleitamento materno

- Necessidade de reanimação avançada, ou seja intubação, massagem cardíaca e/ou drogas
- Gemelaridade
- Condições maternas que impediram o contato pele a pele, como: náusea, vômito, doença mental e/ou alteração do nível de consciência devido à medicamentos ou drogas ilícitas, instabilidade clínica, desejo materno de não realizar o contato pele a pele e impedimento judicial.

3.4. Variáveis e conceitos

3.4.1. Variáveis dependentes

As variáveis dependentes foram o AM e o aleitamento materno exclusivo (AME). Foi considerado AME quando o recém-nascido recebeu apenas leite materno como forma de alimentação, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte. Foi considerado AM quando o recém-nascido recebeu leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de ter recebido ou não outros alimentos. Foram categorizados como sim e não para os diferentes períodos da análise, a saber: alta hospitalar, 1, 4 e 6 meses de vida.

3.4.2. Variáveis independentes

3.4.2.1. Variáveis independentes principais

As variáveis independentes principais foram:

- Contato pele a pele: definido como a colocação do recém-nascido nu no tórax materno despido, entre as mamas, após o nascimento. Foram admitidas duas categorias: sim e não.

Posteriormente, para aqueles que fizeram o contato pele a pele foram analisadas outras duas variáveis:

- Contato pele a pele precoce: considerado quando o contato pele a pele entre o RN e sua mãe foi realizado até dez minutos após o nascimento. Foram admitidas duas categorias: sim e não.

- Duração do contato pele a pele: definido como o tempo em minutos em que o recém-nascido ficou em contato pele a pele com a mãe. Foi avaliado como variável contínua.

3.4.2.2. Variáveis independentes de controle

3.4.2.2.1. Variáveis maternas

As variáveis independentes de controle maternas foram:

- Idade: corresponde à idade materna expressa em anos completos no momento o parto. Foi avaliada como variável contínua.
- Escolaridade: corresponde ao tempo que a mãe frequentou a escola expressa em anos. Foi avaliada como variável contínua.
- Companheiro no mesmo domicílio: corresponde à presença ou não de um companheiro coabitando no mesmo domicílio da mãe. Foram admitidas duas categorias: sim e não.
- Trabalho fora do lar: corresponde a ter alguma ocupação habitual fora do lar definida pela mãe. Foram admitidas duas categorias: sim e não.
- Licença maternidade: corresponde ao fato de a mãe ter tido o direito de licença maternidade remunerada. Foram admitidas duas categorias: sim e não.
- Cor: corresponde àquela definida pela mãe e constante na declaração de nascido vivo. Foram admitidas duas categorias: branca e não branca.
- Primigesta: corresponde à primeira gestação em curso da mãe, independentemente de abortamentos prévios. Foram admitidas duas categorias: sim e não.
- Amamentação anterior: corresponde ao histórico de amamentação dos filhos anteriores. Foram admitidas duas categorias: sim e não.
- Diabetes mellitus (DM): foi definido como intolerância à glicose durante ou prévia à gestação conforme definido em protocolo da Disciplina de Obstetrícia do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – CAISM. Serão admitidas duas categorias: sim e não.
- Hipertensão arterial sistêmica: foi definida de acordo com o protocolo da Disciplina de Obstetrícia do Hospital da Mulher Prof. Dr. José

Aristodemo Pinotti – CAISM. Foram admitidas duas categorias: sim e não.

- Obesidade: foi definido como IMC acima de 30, calculado na ocasião da entrevista com a mãe, de acordo com o protocolo da Disciplina de Obstetrícia do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – CAISM. Foram admitidas duas categorias: sim e não.
- Mamoplastia: foi definida como cirurgia plástica nas mamas, redutora ou de aumento, realizada previamente ao parto. Foram admitidas duas categorias: sim e não.
- Vícios: foi definido como uso informado pela mãe durante a entrevista, em qualquer momento da gestação, de tabaco, álcool ou qualquer uma das seguintes substâncias psicoativas: maconha, cocaína, crack, heroína, antidepressivos, antipsicóticos. Foram admitidas duas categorias: sim e não.

3.4.2.2.2. Variáveis obstétricas:

- Tipo de parto: definido como a via de nascimento. Foram admitidas duas categorias: parto vaginal e parto cesáreo.
- Turno de nascimento: definido como o período do dia em que a criança nasceu. Foram admitidas duas categorias: diurno (para aquelas nascidas entre 7 horas e 18 horas e 59 minutos) e noturno (para aquelas nascidas entre 19 horas e 6 horas e 59 minutos do dia seguinte).

3.4.2.2.3. Variáveis neonatais:

- Idade gestacional: definida como o número de semanas completas no momento do parto. Para melhor estimativa da idade gestacional foram considerados, nesta ordem: data da última menstruação de ciclos regulares, ecografia precoce realizada até 12 semanas e, na ausência desses dados, foi considerado o exame físico do recém-nascido estimado pelo método do Capurro. Foi avaliada como variável contínua.⁵⁴
- Peso ao nascer: definido como o peso em gramas obtido ao nascimento. Foi avaliado como variável contínua.

- Pequeno para idade gestacional (PIG): o RN foi classificado como PIG quando seu peso de nascimento ficou abaixo do percentil dez na classificação do peso do RN de acordo com a idade gestacional. Foi utilizada como padrão a curva de crescimento Intergrowth. E foram admitidas duas categorias: sim e não.⁵⁵
- Sexo: definido como masculino e feminino.
- Apgar de primeiro minuto: corresponde ao valor do boletim de Apgar, dado com um minuto de vida. Foi avaliado como ≥ 7 e como variável contínua.⁵⁶
- Apgar de quinto minuto: corresponde ao valor do boletim de Apgar, dado com cinco minutos de vida. Foi avaliado como ≥ 7 e como variável contínua.⁵⁶
- Reanimação neonatal: foi definida como necessidade de ventilação mecânica por máscara. Foram admitidas duas categorias: sim e não
- Sucção no seio materno no contato pele a pele: foi definida como amamentação efetiva no período que a criança permaneceu em contato pele a pele logo após o nascimento. Foram admitidas duas categorias: sim e não.
- Sucção no seio materno no centro obstétrico: foi definida como amamentação efetiva no período que a criança permaneceu no centro obstétrico fora do contato pele a pele. Foram admitidas duas categorias: sim e não.
- Complementação com fórmula láctea no centro obstétrico: foi definida como a ingesta de qualquer outro leite que não o materno durante a permanência do recém-nascido no centro obstétrico. Foram admitidas duas categorias: sim e não.
- Complementação com fórmula láctea no alojamento conjunto: foi definida como a ingesta de qualquer outro leite que não o materno durante a permanência do recém-nascido no alojamento conjunto. Foram admitidas duas categorias: sim e não.
- Aleitamento materno na alta: definido quando o RN sugava ao seio na alta mesmo que não estivesse recebendo leite materno exclusivamente. Foram admitidas duas categorias: sim e não.

- Aleitamento materno exclusivo na alta: definido quando o RN estava sugando ao seio na alta e recebia exclusivamente o leite materno. Foram admitidas duas categorias: sim e não.
- Tempo de aleitamento materno: definido como o tempo aproximado em dias em que o RN sugou ao seio e não recebeu exclusivamente o leite materno. Foi avaliado como variável contínua.
- Tempo de aleitamento materno exclusivo: definido como o tempo aproximado em dias em que o RN sugou ao seio e recebeu exclusivamente o leite materno. Foi avaliado como variável contínua.

Para fins de construção da curva de aleitamento materno e de aleitamento materno exclusivo ao longo dos seis meses, foram utilizadas as taxas de aleitamento materno e de aleitamento materno exclusivo com um mês, 4 meses e 6 meses de vida do RN. Foram avaliadas como variáveis contínuas.

3.5. Instrumento para coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora que utilizou como instrumento uma ficha criada para esse objetivo, conforme o anexo 2.

3.6. Coleta de dados

Inicialmente, os dados foram coletados da ficha neonatal dos recém-nascidos utilizada no Centro Obstétrico do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – CAISM/Unicamp e das anotações de enfermagem do setor sobre o tempo em que ocorreu o contato pele a pele (precoce ou tardio), duração e se o recém-nascido sugou ou não durante o mesmo. Posteriormente, durante a permanência do binômio no alojamento conjunto, e em momento oportuno, foi realizada entrevista com a mãe. Nesta ocasião, explicado o conteúdo e objetivo da pesquisa, e solicitada autorização para inclusão do binômio no trabalho através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Por último, as informações sobre

complementação com fórmula láctea durante a permanência no alojamento conjunto e o tipo de aleitamento (exclusivo ou não) na ocasião da alta foram retiradas da evolução e/ou prescrição médica e das anotações de enfermagem.

3.7. Acompanhamento de sujeitos

Após a alta hospitalar do binômio mãe e filho, foi feito contato telefônico quando o recém-nascido apresentava um mês, quatro meses e seis meses de vida.

Nesta ocasião, foi feito contato telefônico com o objetivo de documentar a continuidade ou não do aleitamento materno, exclusivo ou não, e os motivos da complementação com fórmula ou desmame.

Foi seguido um roteiro de perguntas conforme anexo 3, tomando-se o criterioso cuidado para não influenciar a resposta da mãe ou induzi-la de alguma forma. O fato de a pesquisadora, que realizou o contato, ser médica, facilitou o acesso aos familiares, pois estes de alguma forma sentiram como se recebessem um cuidado a mais. Entretanto, a mãe, muitas vezes fragilizada no puerpério e com muitas dúvidas, tentava transformar a entrevista numa consulta médica. Foi necessário, educadamente, lembrá-la de que o motivo do contato era a pesquisa, que infelizmente eu não poderia ajudá-la e seguiria o roteiro de perguntas. Era dada a orientação de procurar o pediatra que estava acompanhando a criança.

No caso de falha ao contato telefônico após três tentativas em momentos diferentes, foi realizado contato via email ou através de mensagem via *whatsapp*. Houve tolerância de uma semana para a efetivação do contato.

3.8. Considerações éticas

Os recém-nascidos e suas mães não tiveram sua identidade revelada nos resultados, sendo seus nomes codificados e avaliados em conjunto. O estudo seguiu as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde onde os participantes foram esclarecidos pela pesquisadora sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta podia acarretar-lhes de alguma forma,

na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades. Para isso, havia o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - documento no qual foi explicitado o consentimento livre e esclarecido da participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, contendo todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa da qual se propuseram participar. O TCLE foi elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas pela convidada a participar da pesquisa, bem como pela pesquisadora responsável, estando as assinaturas na mesma folha. Em ambas as vias constaram o endereço e contato telefônico da responsável pela pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) local, conforme anexo 4.

3.9. Critério para descontinuação

Caso o contato com a mãe ou responsável não tenha sido possível após 3 tentativas, o paciente foi excluído do estudo para a data de avaliação específica.

3.10. Processamento e análise de dados

Os dados contidos na ficha de coleta foram transferidos para uma planilha em arquivo Microsoft® Office Excel.

Para descrever o perfil da amostra, as variáveis categóricas foram expressas em frequências absolutas e relativas, e comparadas pelos testes de Qui-Quadrado ou exato de Fisher (quando valores esperados eram menores que cinco). Para descrever as variáveis numéricas foram usados valores de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, mediana e quartis. Neste caso, foi utilizado o teste de Mann-Whitney, devido à ausência de distribuição normal das variáveis.⁵⁷⁻⁵⁸

Para comparação do aleitamento materno entre as avaliações foram utilizados o teste de Cochran e o teste de McNemar para amostras relacionadas para variáveis categóricas.⁵⁷⁻⁵⁸

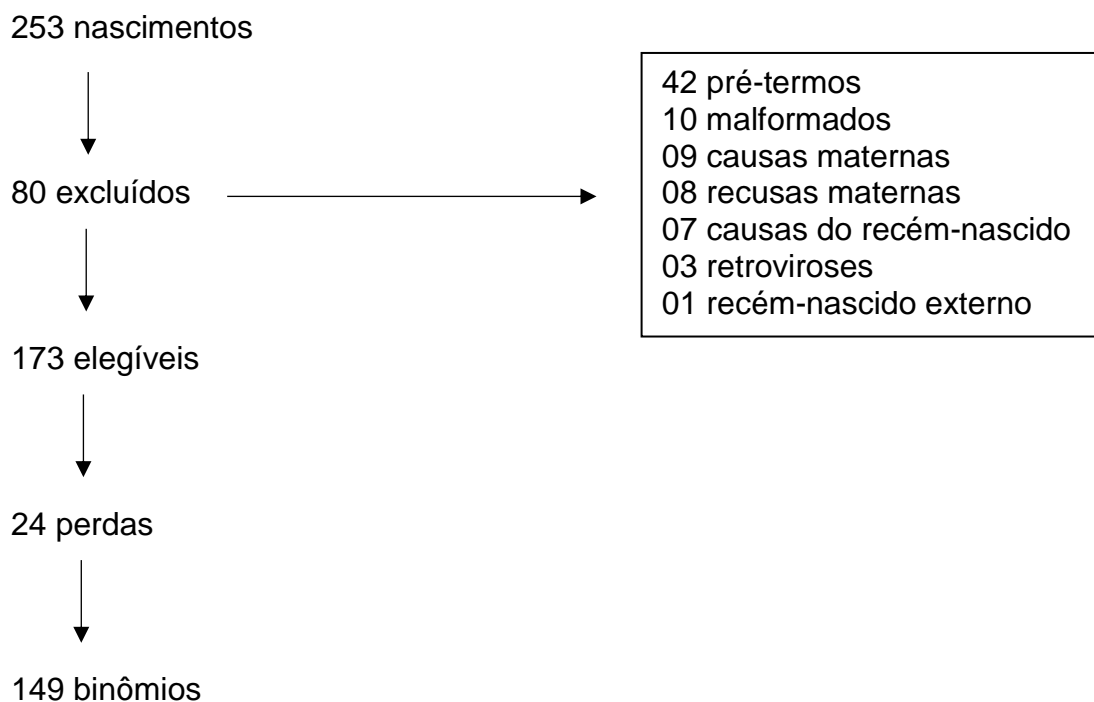
Para analisar as variáveis relacionadas com o aleitamento materno e sua interdependência foi utilizada a análise de regressão logística, univariada e multivariada, com critério *Stepwise* de seleção de variáveis.⁵⁹⁻⁶⁰⁻⁶¹

O programa computacional utilizado foi The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.2. SAS Institute Inc, 2002-2008, Cary, NC, USA. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%.

4. RESULTADOS

Foram entrevistadas 173 mães que tiveram parto no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – CAISM entre 01/11/2017 a 05/12/2017.

Dessas foram excluídas 24 mães, que não responderam ao contato telefônico, email ou whatsapp, conforme esquema abaixo:



4.1 Variáveis descritivas

A frequência absoluta e relativa das variáveis categóricas e numéricas descritivas maternas são apresentadas nas tabelas 1 a 3.

Entre as variáveis categóricas maternas e obstétricas a maioria apresentava mais que 18 anos de idade, tinham companheiro no mesmo domicílio, relatavam amamentação anterior e seus filhos nasceram no período diurno. Cerca de metade delas apresentava baixa escolaridade, trabalhava fora do lar, tiveram licença maternidade, eram brancas, primigestas e submetidas a parto vaginal. Poucas apresentavam doenças, obesidade e mamoplastia.

Tabela 1. Distribuição absoluta e relativa das variáveis descritivas categóricas maternas e obstétricas

VARIÁVEL	N (%)
Idade ≥ 18 anos	161 (93,0)
Escolaridade ≤ 8 anos	70 (40,9)
Companheiro no mesmo domicílio	133 (86,9)
Trabalho fora do lar	71 (41,2)
Licença maternidade	74 (43,0)
Cor Branca	77 (44,5)
Primigesta	72 (41,6)
Amamentação anterior	93 (93,9)
Diabetes mellitus	30 (17,3)
Hipertensão arterial sistêmica	19 (10,9)
Obesidade	28 (16,2)
Mamoplastia	03 (1,7)
Vícios	14 (8,0)
Parto vaginal	88 (50,8)
Nascimento diurno	99 (57,2)

Variáveis categóricas expressas em frequência absoluta e relativa: N (%)

Entre as variáveis neonatais cerca de metade dos recém-nascidos eram do sexo masculino, a maioria nasceu com boa vitalidade e poucos eram pequenos para a idade gestacional. A maior parte dos RN realizaram contato pele a pele após o nascimento e de maneira precoce. Os principais motivos para não ter sido realizado o contato pele a pele precoce foi o RN apresentar insuficiência respiratória (40%), necessitar internação (16%) ou recusa materna (12%). As causas de complementação com fórmula láctea (FL) no centro obstétrico (CO) foram internação materna (50%) e hipoglicemia precoce do RN (25%). No alojamento conjunto (ALCON), a principal causa de complementação com FL foi a hipoglicemia (42,8%) além de perda de peso excessiva (19%), ausência de colostro (19%), sonolência do RN (14,2%) e laqueadura (4,8%)

Tabela 2. Distribuição absoluta e relativa das variáveis descritivas categóricas do recém-nascido

VARIÁVEL	N (%)
Pequeno para idade gestacional	22 (12,7)
Masculino	87 (50,2)
Apgar de 1º minuto ≥ 7	164 (94,8)
Apgar de 5º minuto ≥ 7	173 (100)
Reanimação	3 (1,7)
Contato pele a pele	137 (79,1)
Contato pele a pele precoce	117 (85,4)
Sucção ao seio no contato pele a pele	67 (48,9)
Sucção ao seio no centro obstétrico	155 (89,6)
Complementação com FL no centro obstétrico	14 (8,0)
Complementação com FL no ALCON	23 (13,2)
Alta em aleitamento materno	171 (98,8)
Alta em aleitamento materno exclusivo	163 (95,3)

Variáveis categóricas expressas em frequência absoluta e relativa: N (%)

FL=fórmula láctea; ALCON=alojamento conjunto

Destaca-se que o tempo médio de AM nos primeiros seis meses de vida foi de 145,2 dias e o tempo médio de AME nos primeiros seis meses de vida foi de $121,4 \pm 71,5$ dias.

A principal causa de complementação com FL aos quinze e trinta dias de vida foi o baixo ganho ponderal (38,4 e 39,1%, respectivamente). E, as principais causas de desmame nos mesmos períodos foram o relato da mãe que o “leite secou” e baixo ganho ponderal (60 e 57%, respectivamente).

Aos quatro meses de vida, os motivos mais frequentes para o início da complementação com FL foram o retorno ao trabalho (30%) e percepção da mãe que seu filho estava com fome (30%). E, o motivo de desmame mais frequente foi a criança “não querer mais” (58,3%).

Aos seis meses de vida, o retorno ao trabalho foi a causa mais frequente do início de complementação com FL (54,5), seguido da percepção da mãe que seu filho estava com fome (18,2%). E, as causas mais frequentes do desmame foram o retorno ao trabalho (30%) e a criança “não querer mais” (20%).

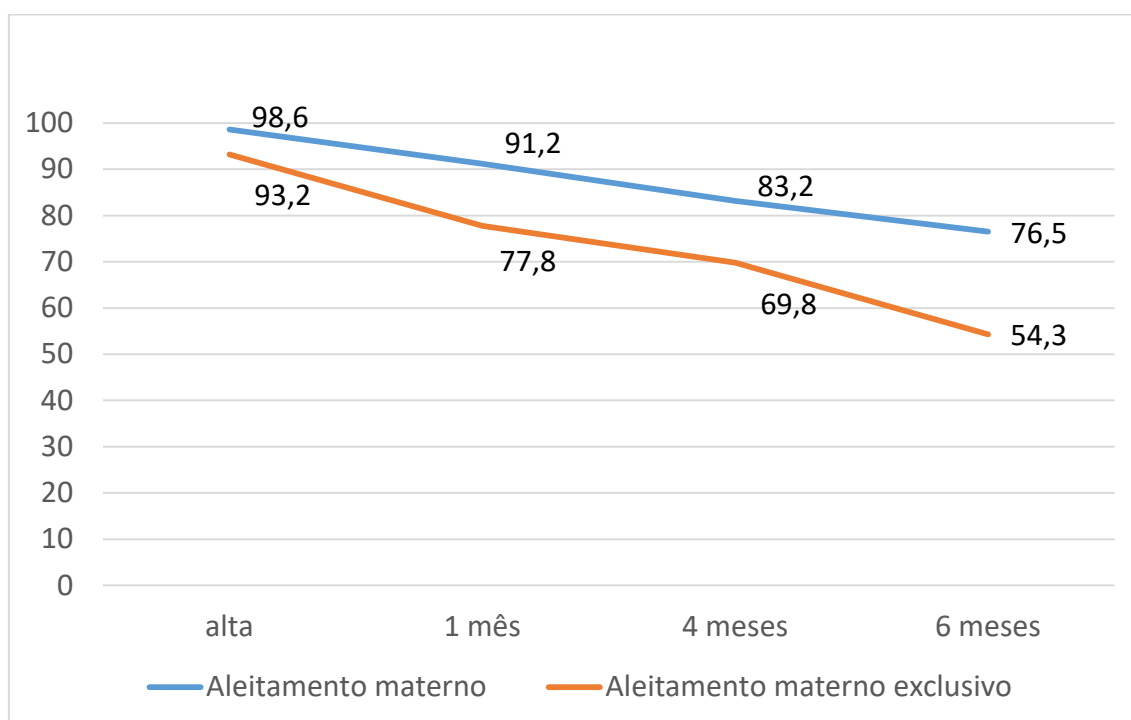
Tabela 3. Distribuição das variáveis contínuas maternas e neonatais

VARIÁVEL	MÉDIA \pm DP
Idade materna (anos)	26,8 \pm 6,5
Tempo de licença maternidade (meses)	4,6 \pm 0,8
Tempo de amamentação anterior (meses)	16,9 \pm 13,7
Idade gestacional (semanas)	39,1 \pm 1,2
Peso (gramas)	3204,2 \pm 403,3
Apgar de 1º minuto	8,9 \pm 1,3
Apgar de 5º minuto	9,7 \pm 0,5
Duração do contato pele a pele (minutos)	54,9 \pm 26,5
Tempo de AM (dias)	145,2 \pm 61,3
Tempo de AME (dias)	121,4 \pm 71,5

DP=desvio padrão

Houve queda estatisticamente significativa ($p \leq 0,005$) na taxa de AM, exclusivo ou não, ao longo do tempo. Na ocasião da alta, 98,6% dos recém-nascidos estavam em AM, sendo 93,2% desses, exclusivo. Ao longo dos meses, essa taxa se declina, chegando a 76,5% de AM aos 6 meses, sendo de 54,3% a taxa de AME (gráfico 1).

Gráfico 1: Frequência relativa de aleitamento em relação ao tempo de vida



4.2. Análises referentes ao aleitamento materno

Na avaliação das variáveis categóricas maternas e obstétricas foi observado que houve uma frequência significativamente maior de mães com experiência de amamentação anterior entre os recém-nascidos que estavam em aleitamento materno aos seis meses ($p=0,014$) (tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos recém-nascidos em aleitamento materno ou não aos 6 meses segundo as variáveis categóricas maternas e obstétricas.

VARIÁVEL	Aleitamento materno		
	SIM % (N)	NÃO % (N)	p
Idade \geq 18 anos	93,8 (114)	97,1 (35)	0,681
Escolaridade \leq 8 anos	41,2 (114)	31,4 (35)	0,622
Companheiro no mesmo domicílio	87,7(114)	82,3 (35)	0,404
Trabalho fora do lar	39,4 (114)	54,2 (35)	0,122
Licença maternidade	42,9 (114)	57,1 (35)	0,142
Cor Branca	47,3 (114)	48,5 (35)	0,901
Primigesta	37,7 (114)	45,7 (35)	0,398
Amamentação anterior	97,1 (71)	77,7 (18)	0,014
Diabetes mellitus	15,7 (114)	17,1 (35)	0,849
Hipertensão arterial sistêmica	7,8 (114)	17,1 (35)	0,120
Obesidade	15,0 (113)	17,1 (35)	0,765
Mamoplastia	0,9 (114)	5,7 (35)	0,138
Vícios	6,1 (114)	14,2 (35)	0,154
Parto vaginal	51,7 (114)	34,2 (35)	0,122
Nascimento diurno	55,2 (114)	60 (35)	0,621

p=p valor

Considerando-se as variáveis contínuas maternas e obstétricas, a idade materna, o tempo de licença gestante e o tempo de amamentação anterior não foram dados estatisticamente significativos ligados ao fato de ter AM ou não (tabela 5).

Tabela 5. Distribuição dos recém-nascidos em aleitamento materno ou não aos 6 meses segundo variáveis contínuas maternas e obstétricas

VARIÁVEL	Aleitamento materno		
	SIM	NÃO	p
	MÉDIA (DP)	MÉDIA (DP)	
Idade materna (anos)	26,8 (6,1)	27,8 (7,2)	0,480
Tempo de licença maternidade (meses)	4,6 (0,8)	4,5 (0,7)	0,717
Tempo amamentação anterior (meses)	17,6 (14,0)	14,8 (13,5)	0,479

DP=desvio padrão; p=p valor

Ao se avaliar as variáveis neonatais houve uma frequência significativamente maior de crianças submetidas ao CPP precoce entre os recém-nascidos que estavam em aleitamento materno aos 6 meses ($p=0,048$). Além disso, houve uma frequência significativamente menor de complementação com FL durante a sua internação no ALCON naquelas que permaneceram em aleitamento materno aos 6 meses ($p=0,009$). Por outro lado, observou-se uma frequência significativamente menor de crianças que sugaram ao seio durante o contato pele a pele entre aquelas que estavam em aleitamento materno aos 6 meses ($p=0,049$) (tabela 6).

Tabela 6. Distribuição dos recém-nascidos em aleitamento materno ou não aos 6 meses segundo as variáveis categóricas neonatais

VARIÁVEL	Aleitamento materno		
	SIM	NÃO	p
	% (N)	% (N)	
Pequeno para idade gestacional	8,7 (114)	17,1 (35)	0,209
Masculino	49,1 (114)	60,0 (35)	0,26
Reanimação	1,7 (114)	0,0 (35)	1,00
Contato pele a pele	82,4 (114)	77,1 (35)	0,482
Contato pele a pele precoce	90,4 (94)	74,0 (27)	0,048
Sucção ao seio no contato pele a pele	41,4 (94)	62,9 (27)	0,049
Sucção ao seio no centro obstétrico	89,4 (114)	85,7 (35)	0,549
Complementação com FL no CO	7,0 (114)	14,2 (35)	0,186
Complementação com FL no ALCON	10,5 (114)	28,5 (35)	0,009

FL=fórmula láctea; CO=centro obstétrico; ALCON=alojamento conjunto; p=p valor

Considerando-se as variáveis contínuas neonatais, houve uma menor duração do tempo de contato pele a pele entre as crianças que estavam em aleitamento materno aos 6 meses ($p=0,048$) (tabela 7).

Tabela 7. Distribuição dos recém-nascidos em aleitamento materno ou não aos 6 meses segundo variáveis contínuas neonatais

VARIÁVEL	Aleitamento materno		
	SIM	NÃO	p
	MÉDIA (DP)	MÉDIA (DP)	
Idade gestacional (semanas)	39,1 (1,2)	39,1 (1,1)	0,665
Peso (gramas)	3258,6 (387,4)	3133,1 (430,3)	0,097
Apgar de 1º minuto	9,0 (1,3)	9,0 (0,8)	0,236
Apgar de 5º minuto	9,7 (0,4)	9,6 (0,5)	0,142
Duração do contato pele a pele (min)	52,0 (27,6)	62,1 (22,3)	0,048

DP=desvio padrão; p=p valor; min=minutos

Na análise de regressão logística univariada, para o desfecho ausência de aleitamento materno aos 6 meses, observou-se que dentre as variáveis maternas e obstétricas a falta de experiência anterior de amamentação representou um risco aproximado de 10 vezes de ocorrência do desmame. Para as variáveis neonatais observou-se que o contato pele a pele tardio, a complementação com FL no ALCON e o fato de sugar ao seio durante o CPP aumentaram o risco de desmame aos 6 meses (tabela 8 e 9).

Tabela 8. Análise univariada para o desfecho ausência de aleitamento materno aos 6 meses considerando as variáveis maternas e obstétricas

VARIÁVEL MATERNA	OR	IC 95%
Idade (variável contínua)	1,029	0,970 – 1,092
Escolaridade ≤ 8 anos	1,29	0,47 – 3,55
Sem companheiro no mesmo domicílio	1,53	0,54 – 4,35
Trabalho fora do lar	1,82	0,85 – 3,91
Licença maternidade	1,77	0,82 – 3,80
Cor não branca	0,95	0,45 – 2,03
Primigesta	1,39	0,65 – 2,99
Sem amamentação anterior	9,86	1,64 – 59,16
Diabetes mellitus	1,10	0,40 – 3,04
Hipertensão arterial sistêmica	2,41	0,79 – 7,34
Obesidade	1,17	0,42 – 3,24
Mamoplastia	6,84	0,60 – 77,83
Vícios	2,55	0,75 – 8,60
Parto cesárea	2,11	0,94 – 4,71
Nascimento noturno	0,82	0,38 – 1,78

OR=odds ratio; IC=intervalo de confiança

Tabela 9. Análise univariada para o desfecho ausência de aleitamento aos 6 meses considerando as variáveis neonatais

VARIÁVEL NEONATAL	OR	IC 95%
Peso ao nascimento (contínua)	0,999	0,998 – 1,001
Idade Gestacional (contínua)	0,962	0,696 – 1,330
Pequeno para idade gestacional	2,15	0,72 – 6,42
Masculino	1,55	0,72 – 3,35
Apgar de 1º minuto (variável contínua)	0,978	0,722 – 1,323
Apgar de 5º minuto (variável contínua)	0,625	0,306 – 1,277
Reanimação	0,63	0,03 – 13,51
Contato pele a pele	1,39	0,55 – 3,51
Contato pele a pele tardio	3,31	1,10 – 9,94
Duração do contato pele a pele (variável contínua)	1,005	0,993 – 1,017
Sucção ao seio no contato pele a pele	2,38	1,01 – 5,88
Sem sucção ao seio no centro obstétrico	1,42	0,46 – 4,34
Complementação com FL no centro obstétrico	2,21	0,67 – 7,25
Complementação com FL no ALCON	3,40	1,32 – 8,76

OR=odds ratio; IC=intervalo de confiança; min=minutos

No modelo final da análise de regressão logística multivariada o único fator que permaneceu ligada à ausência de aleitamento materno de forma independente aos 6 meses foi o fato do RN ter recebido complementação com FL no ALCON aumentando o risco de desmame em 3,66 vezes (tabela 10).

Tabela 10. Análise multivariada para o desfecho ausência de aleitamento materno aos 6 meses – final da regressão logística

VARIÁVEL NEONATAL	OR	IC 95%
Complementação com FL no ALCON	3,66	1,41 – 9,50

OR=odds ratio; IC=intervalo de confiança

4.3. Análises referente ao aleitamento materno exclusivo.

Na avaliação das variáveis categóricas maternas e obstétricas foi observado que houve uma frequência significativamente menor de mães com licença maternidade remunerada entre os recém-nascidos que estavam em aleitamento materno exclusivo aos seis meses ($p=0,032$) (tabela 11).

Tabela 11. Distribuição dos recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo ou não aos 6 meses segundo variáveis categóricas maternas e obstétricas

VARIÁVEL	Aleitamento materno exclusivo		
	<i>SIM</i> % (N)	<i>NÃO</i> % (N)	<i>p</i>
Idade \geq 18 anos	93,8 (81)	95,5 (68)	0,728
Escolaridade \leq 8 anos	35,8 (81)	42,6 (68)	0,913
Companheiro no mesmo domicílio	88,8 (81)	83,5 (68)	0,347
Trabalho fora do lar	35,8 (81)	51,4 (68)	0,054
Licença maternidade	38,2 (81)	55,8 (68)	0,032
Cor Branca	48,1 (81)	47,0 (68)	0,895
Primigesta	39,5 (81)	39,7 (68)	0,980
Amamentação anterior	95,9 (49)	90,0 (40)	0,402
Diabetes mellitus	13,5 (81)	19,1 (68)	0,360
Hipertensão arterial sistêmica	7,4 (81)	13,2 (68)	0,239
Obesidade	16,2 (80)	14,7 (68)	0,796
Mamoplastia	0,0 (81)	4,4 (68)	0,093
Vícios	7,4 (81)	8,8 (68)	0,752
Parto vaginal	53,0 (81)	41,1 (68)	0,352
Nascimento diurno	53,0 (81)	60,2 (68)	0,377

p=p valor

Considerando-se as variáveis maternas e obstétricas contínuas, nenhuma esteve associada significativamente ao fator de ter ocorrido ou não o aleitamento materno exclusivo (tabela 12).

Tabela 12. Distribuição dos recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo ou não aos 6 meses segundo variáveis contínuas maternas e obstétricas

VARIÁVEL	Aleitamento materno exclusivo		
	SIM	NÃO	p
	MÉDIA ± DP	MÉDIA ± DP	
Idade materna (anos)	26,5 ± 5,7	27,4 ± 7,0	0,559
Tempo de licença maternidade (meses)	4,8 ± 0,9	4,4 ± 0,7	0,152
Tempo amamentação anterior (meses)	18,7 ± 14,8	14,1 ± 12,6	0,270

DP=desvio padrão; p=p valor

Ao se avaliar as variáveis neonatais houve uma frequência significativamente menor de complementação com FL durante a sua internação no ALCON naquelas que permaneceram em aleitamento materno exclusivo aos 6 meses ($p=0,006$) (tabela 13).

Tabela 13. Distribuição dos recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo ou não aos 6 meses segundo variáveis categóricas neonatais

VARIÁVEL	Aleitamento materno exclusivo		
	SIM	NÃO	p
	% (N)	% (N)	
Pequeno para idade gestacional	7,4 (81)	14,7 (68)	0,152
Masculino	50,6 (81)	52,9 (68)	0,777
Reanimação	2,4 (81)	0,0 (68)	0,501
Contato pele a pele	81,4 (81)	80,8 (68)	0,926
Contato pele a pele precoce	90,9 (66)	81,8 (55)	0,142
Sucção ao seio no contato pele a pele	39,3 (66)	54,5 (55)	0,096
Sucção ao seio no centro obstétrico	88,8 (81)	88,2 (68)	0,901
Complementação com FL no centro obstétrico	8,6 (81)	8,8 (68)	0,969
Complementação com FL no ALCON	7,4 (81)	23,5 (68)	0,006

FL=fórmula láctea; ALCON=alojamento conjunto; p=p valor

Considerando-se as variáveis contínuas neonatais, observou-se uma média de Apgar de quinto minuto significativamente maior ($p=0,008$) e uma menor duração do tempo de contato pele a pele entre as crianças em aleitamento materno exclusivo aos 6 meses ($p=0,042$) (tabela 14).

Tabela 14. Distribuição dos recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo ou não aos 6 meses segundo variáveis contínuas neonatais

VARIÁVEL	Aleitamento materno exclusivo		
	SIM	NÃO	p
	MÉDIA (DP)	MÉDIA (DP)	
Idade gestacional (semanas)	39,2 (1,0)	39,0 (1,2)	0,253
Peso (gramas)	3245,0 (396,1)	3210,3 (406,6)	0,547
Apgar de 1º minuto	9,0 (1,4)	9,0 (0,9)	0,105
Apgar de 5º minuto	9,8 (0,4)	9,6 (0,5)	0,008
Duração do contato pele a pele (min)	50,0 (28,2)	59,4 (24,4)	0,042

DP=desvio padrão; p=p valor; min=minutos

Quando realizada a análise de regressão univariada para o desfecho ausência de AME aos seis meses, observou-se que o fato da mãe ter licença maternidade remunerada aumentou em 2 vezes o risco para o desmame. Da mesma forma, o fato do RN receber complementação com FL em ALCON aumenta em 3,85 vezes o mesmo risco. Foi verificado também que o Apgar de 5º minuto diminuiu o risco para o desmame aos 6 meses de vida (tabela 15 e 16).

Tabela 15. Análise univariada para o desfecho ausência de aleitamento materno exclusivo aos 6 meses segundo as variáveis maternas e obstétricas

VARIÁVEL MATERNA	OR	IC 95%
Idade (variável contínua)	1,02	0,971 – 1,075
Escolaridade ≤ 8 anos	0,72	0,32 – 1,60
Sem companheiro no mesmo domicílio	1,57	0,61 – 4,05
Trabalho fora do lar	1,9	0,99 – 3,67
Licença maternidade	2,04	1,06 – 3,94
Cor não branca	1,05	0,55 – 1,99
Primigesta	1,01	0,52 – 1,95
Sem amamentação anterior	2,61	0,45 – 15,06
Diabetes mellitus	1,50	0,63 – 3,62
Hipertensão arterial sistêmica	1,91	0,64 – 5,66
Obesidade	0,89	0,36 – 2,18
Mamoplastia	8,71	0,44 – 171,65
Vícios	1,21	0,37 – 3,94
Parto cesárea	1,63	0,83 – 3,17
Nascimento noturno	0,75	0,39 – 1,43

OR=odds ratio; IC=intervalo de confiança

Tabela 16. Análise univariada para o desfecho não aleitamento materno exclusivo aos 6 meses considerando as variáveis neonatais

VARIÁVEL NEONATAL	OR	IC 95%
Pequeno para idade gestacional	2,16	0,74 – 6,27
Masculino	1,10	0,58 – 2,09
Apgar de 1º minuto (variável contínua)	0,96	0,74 – 1,25
Apgar de 5º minuto (variável contínua)	0,43	0,21 – 0,88
Reanimação	0,23	0,01 – 4,92
Contato pele a pele	1,04	0,46 – 2,37
Contato pele a pele tardio	2,22	0,75 – 6,57
Sem contato pele a pele	1,16	0,50 – 2,67
Duração do contato pele a pele (variável contínua)	1,00	0,99 – 1,01
Sem sucção ao seio no contato pele a pele	0,54	0,26 – 1,12
Sem sucção ao seio no centro obstétrico	1,07	0,39 – 2,94
Complementação com FL no centro obstétrico	1,02	0,33 – 3,20
Complementação com FL no ALCON	3,85	1,41 – 10,48

OR=odds ratio; IC=intervalo de confiança

Quando realizada a análise de regressão logística multivariada com critério de *Stepwise*, as variáveis complementação com FL em ALCON e o trabalho fora do lar foram selecionadas como sendo significativamente associadas à ausência de AME (risco 3,8 e 2,3 vezes maior, respectivamente) de forma independente. O Apgar de 5º minuto diminuiu o risco para a ausência de AME aos 6 meses em 56,6% para cada 1 ponto de aumento do mesmo (tabela 17).

Tabela 17. Análise multivariada para o desfecho não aleitamento materno exclusivo aos 6 meses: final da regressão logística

VARIÁVEL NEONATAL	OR	IC 95%
Complementação com FL no ALCON	3,76	1,32 – 10,72
Trabalho fora do lar	2,25	1,11 – 4,57
Apgar de 5º minuto (variável contínua)	0,43	0,20 – 0,92

OR=odds ratio; IC=intervalo de confiança

5. DISCUSSÃO

Este estudo foi desenvolvido para testar a hipótese de que o CPP ao nascimento pudesse estar associado ao sucesso do AM nos primeiros seis meses de vida da criança.

Dados de literatura confirmam que separar o RN de sua mãe ao nascer está associado a um tempo menor de AME e que deixá-lo em CPP aumenta a taxa de AME na ocasião da alta hospitalar do binômio e até o final do quarto mês de vida do RN.⁴⁻³⁷⁻³⁸⁻⁶²⁻⁶³

No Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – CAISM essa prática ocorre desde 2003, quando conquistou o título de HAC. No quarto passo dessa iniciativa é preconizado que a mãe fique em contato com seu filho na primeira hora de vida. Coloca-se o RN em contato pele a pele com sua mãe, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e a mãe é orientada a identificar se o RN mostra sinais de que está querendo ser amamentado; e é oferecida ajuda, se necessário.³³

Neste estudo encontramos que o AM aos seis meses de vida está significativamente associado e de maneira positiva, com a experiência anterior da mãe com a amamentação e com a realização do CPP precoce ao nascimento. A literatura mostra que o benefício do contato pele a pele sobre o AM, exclusivo ou não, existe em todas as modalidades de CPP, ou seja, nos realizados imediatamente, precocemente ou dentro dos primeiros trinta minutos de vida. E, que não existe um consenso com relação a definição dessas modalidades.⁴⁶⁻⁶³⁻⁶⁴

Em uma revisão sistemática sobre prevalência do CPP após parto vaginal, publicada em 2018, os autores concluíram que a falta de definições padronizadas sobre tempo de início de CPP e duração do mesmo dificultam a realização de estudos desse tipo, bem como a confecção de “Guidelines” sobre o assunto.⁶⁴

Moore, et al, em 2016, fizeram uma revisão e observaram que houve influência positiva estatisticamente significativa entre CPP imediato ou precoce e AME aos 6 meses. Neste estudo, CPP imediato foi definido como colocar o RN nú no tórax da mãe imediatamente após o nascimento e, CPP precoce foi

definido como posicionar o RN nú no tórax da mãe em qualquer tempo entre 10 minutos e 24h de vida.⁶⁵

Outro estudo italiano, publicado em 2017, avaliou o CPP no parto cesárea e a duração do AM. A amostra foi dividida em três grupos, dependendo do andamento do parto e condições maternas. Um grupo fez o CPP com a mãe (57.5%), outro fez com o pai (17.5%), e outro não realizou o CPP (25%). O resultado foi uma associação positiva estatisticamente significativa entre CPP com a mãe e AM na ocasião da alta, com 3 e 6 meses de vida do RN, quando comparado ao grupo que fez o CPP com o pai ou ao que não fez.⁵²

No presente estudo, a maioria do CPP foi precoce (85,4%), o que pode explicar sua influência positiva sobre a amamentação. E, apesar de 40% das mães serem primigestas, ou seja, o predomínio de multíparas não ser tão expressivo, observou-se que entre essas, 94% tinham experiência anterior com amamentação. E a literatura mostra que além da experiência anterior positiva com amamentação, mães multíparas iniciam mais frequentemente a amamentação na primeira hora de vida, o que protege do desmame precoce.³¹⁻

41-66

Sugar ao seio no CPP e a complementação com FL no ALCON influenciaram negativamente o AM aos seis meses. Surpreendeu o fato de que o maior percentual de RN que sugaram ao seio durante o CPP, não estavam em AM aos seis meses e que isso foi estatisticamente significativo. Esse fato não foi correlacionado com o encontrado na literatura, pois os estudos encontrados não fizeram essa avaliação.

RN que são colocados em CPP após o nascimento, iniciam a sucção efetiva em média 50 minutos depois. Curiosamente, neste estudo, foi observado que uma média de tempo maior de contato pele a pele (superior a 60 minutos) correlacionou-se significativamente com o não AM aos 6 meses de vida.⁴⁷⁻⁴⁸

Numa metanálise colombiana, diferentemente do encontrado neste trabalho, observou-se que quanto maior o tempo de contato pele a pele, maior o tempo de aleitamento materno exclusivo.⁶³

Quando realizada a análise de regressão univariada para o desfecho não AM aos seis meses, não ter experiência anterior com a amamentação

aumentou o risco de desmame em 10 vezes, realizar o CPP tardio representou risco para o desmame de 3,3 vezes, e a complementação com FL em ALCON também aumentou o risco para o desmame em 3,4 vezes. Essa análise comprovou a realizada pelos testes de comparação.

Assim sendo, quando se analisou a experiência anterior com amamentação e os resultados da mesma no sexto mês de vida, em um primeiro momento, ou seja no teste de comparação e na análise univariada, esse fato alterou significativamente o AM, mas não o AME ao final do sexto mês. No entanto, ao final da análise múltipla, a amamentação anterior desapareceu como variável independentemente associada com o aleitamento materno no sexto mês de vida. Permaneceu o uso de FL em ALCON como fator de risco para o desmame ao sexto mês.

A análise de regressão logística multivariada comprovou que a complementação com FL em ALCON está significativamente associada ao desmame aos seis meses, aumentado seu risco em 3,7 vezes.

Analizando-se os fatores que foram estatisticamente significantes para o AME aos seis meses, encontramos que a licença maternidade remunerada, a complementação com FL em ALCON e o tempo médio maior de permanência no CPP foram associados a um maior percentual de não AME aos 6 meses.

A literatura, em contraposição, mostra que quanto maior o tempo de contato pele a pele, maior o tempo de AME e que a licença maternidade remunerada protege o AM, exclusivo ou não. Bramson et al, em 2010, fizeram dois grupos em seu estudo; o primeiro deles fez o contato pele a pele precoce curto (até vinte minutos) e o segundo grupo fez o contato pele a pele precoce longo, ou seja, por tempo superior a vinte minutos. As mães do segundo grupo amamentaram por 3 meses a mais que as mães do primeiro grupo. Outro trabalho mostrou que o CPP realizado por período inferior a vinte minutos prejudica o início precoce do AM.⁴⁻⁶³⁻⁶⁷

As publicações sobre amamentação estão de acordo com o fato de que a complementação com FL durante a permanência do binômio no hospital pode prejudicar o AM, exclusivo ou não, aos seis meses.

A média do Apgar de quinto minuto foi 0,2 pontos maior naqueles que permaneceram em AME ao sexto mês de vida. Isso foi estatisticamente

significante apesar de, em ambos os grupos, em AME ou não, essa média ter sido alta (9,8 e 9,6, respectivamente).

Quando realizada a análise de regressão univariada e multivariada, a mãe trabalhar fora do lar, mesmo tendo direito à licença maternidade foi estatisticamente significativo para o não AME no sexto mês, aumentando seu risco em 2,2 e 2,0 vezes, respectivamente. Relatos de literatura mostram que existe relação estatisticamente significativa entre a mãe trabalhar fora de casa e ter direito a licença maternidade com maior tempo de AME. Em estudo realizado na periferia da cidade de São Paulo, Brasil, observou-se que o emprego informal é fator de proteção para o AME até o final do terceiro mês de vida da criança.⁴¹⁻⁶⁸

O uso de FL no ALCON também aumentou o risco para não AME aos seis meses em ambas as análises de regressão.

O Apgar de 5º minuto diminui o risco de não AME no sexto mês de vida tanto na regressão univariada, como na multivariada.

Alguns dados chamam a atenção no presente estudo, pois foi observado que 98,8% das mães receberam alta amamentando seu recém-nascido. Dessas, 95,3% era AME. Esta taxa encontrada é superior às encontradas na literatura. Karall et al., em 2015, em um estudo realizado na Áustria encontraram taxa de 71,3% de amamentação exclusiva na ocasião da alta. Lindau et al., também em 2015, em um estudo realizado na Itália, encontraram a taxa de 93% de amamentação à alta.⁶⁹⁻⁷⁰

Mesmo assim, verificou-se queda estatisticamente significativa na taxa de AM e AME ao longo do tempo, chegando a 76,5% e 54,3%, respectivamente, com seis meses de vida. Em contrapartida, observou-se aumento no aleitamento misto e desmame ao longo desse período. Constitui um grande desafio para as equipes de saúde da atenção básica prestar o auxílio adequado para a manutenção do AME nos primeiros seis meses de vida da criança.

Inicialmente, o motivo principal para o desmame ou aleitamento misto foi baixo ganho ponderal e, a partir do quarto mês, foi o retorno ao trabalho.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros, divulgada em 2010, a duração média do aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças que nasceram em HAC foi

de 60,2 dias, contra 48,1 dias em crianças que não nasceram em HAC. Também as chances de quem nasce em HAC aumentam em 9% para a amamentação na primeira hora de vida. Neste estudo, também realizado em um HAC, a duração média de AME foi de 121,4 dias e de AM 145,2 dias.⁷¹

É interessante observar que, mesmo em uma instituição onde quase 100% dos RN saem em AME, o fato de ter recebido complementação durante a sua permanência em alojamento conjunto influenciou negativamente na manutenção da amamentação no final do sexto mês de vida. Isso deve alertar à equipe que para além de fornecer fórmulas, devemos oferecer acolhimento à nutriz em momentos de dificuldade no processo de amamentação.

O profissional de saúde tem papel fundamental na promoção, proteção e apoio ao AM. Para exercer esse papel ele precisa, além do conhecimento e de habilidades relacionados a aspectos técnicos da lactação, ter um olhar atento, abrangente, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, entre outros aspectos.¹⁻²

O principal motivo para o uso da fórmula em alojamento conjunto foi a perda de peso excessiva e a hipoglicemia.

Dados de literatura corroboram o fato de que, na grande maioria das vezes, nos primeiros 2 ou 3 dias de vida, mesmo ingerindo pouco colostro, os RN normais não necessitam de líquidos adicionais além do leite materno, pois nascem com níveis de hidratação teciduais relativamente altos. Deve ser realizado o acompanhamento do peso e, caso haja perda expressiva, isso pode indicar que a criança pode não estar recebendo volume hídrico adequado. Essa condição requer atenção diferenciada, devendo a alta da criança ser adiada até que haja segurança quanto a sua saúde.¹⁻²

Outras variáveis foram avaliadas para se verificar as inter-relações com o contato pele a pele e AM. O estudo realizado não comprovou que o maior grau de maturidade da mãe e/ou o seu nível de instrução mais elevado, o que poderia estar associado a um maior nível de informação e entendimento sobre a importância do aleitamento, apresentassem influência positiva para o AM.

Em contrapartida, na literatura, a menor idade da mãe e menor tempo de estudo são fatores de risco estatisticamente significativos para o desmame precoce. Idade materna entre 20 e 35 anos protege do desmame precoce. Em revisão realizada no Oriente Médio, o nível de instrução da mãe não

comprovou estar associado com o desmame precoce. Entretanto, no Brasil, mães com idade inferior a 18 anos, tem maior risco de não estarem em AME ao final do terceiro mês de vida do RN.⁴¹⁻⁶⁶⁻⁶⁸⁻⁶⁹⁻⁷²⁻⁷³

A mãe ter no mesmo domicílio um companheiro, o que poderia significar apoio para as tarefas diárias e tranquilidade para o aleitamento livre demanda, também não contribuiu para evitar o desmame.

A presença de co-morbidades e a etnia materna não se relacionaram com o desmame no primeiro mês de vida. Em uma revisão sistemática realizada no Brasil em 2015, apenas um estudo mostrou que mães brancas amamentam por mais tempo.⁴¹

Com relação aos vícios, sabe-se que o hábito de fumar está relacionado ao desmame precoce. Entretanto, neste trabalho não verificamos associação estatisticamente significativa.⁷²

Com relação ao tipo de parto, aproximadamente metade das mães tiveram parto vaginal. Dessas, pouco mais de 50% permaneceram em AME ao final do sexto mês de vida. Alguns estudos mostram que o parto vaginal está relacionado ao início do aleitamento mais precoce, dentro da primeira hora de vida e a um maior tempo de amamentação exclusiva.⁴¹⁻⁶⁶⁻⁷⁰

Apesar desse dado não ter significância estatística, ressalta-se que, independentemente do tipo de parto, a frequência relativa de CPP precoce foi expressiva neste estudo, o que poderia explicar as taxas mais elevadas de AM na ocasião da alta e no sexto mês de vida em comparação com a literatura.

Neste estudo, não houve influência estatisticamente significativa do peso do recém-nascido ao nascer em relação à sua idade gestacional. Entretanto, na literatura, observa-se que peso adequado ao nascer associa-se a maior tempo de amamentação exclusiva.⁴¹

Os fatores de sucesso para amamentação em longo prazo, sem dúvida são multifatoriais e o contato pele a pele tem seu papel nesse contexto. Estudos sugerem que a prevalência da amamentação sofre influência não só das características das crianças e das mães, mas também da existência de programas e ações pró- amamentação no nível municipal, estadual e federal. Sabe-se que é na primeira semana de vida, que se concentram as mortes infantis no Brasil. As ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dirigidas à gestante e ao RN têm grande importância, pois influenciam a

condição de saúde dos indivíduos, desde o período neonatal até a vida adulta.¹⁻²⁻⁷⁴

Neste contexto, em que o estabelecimento de medidas para a melhoria da saúde da gestante e do RN se apresenta como grande desafio para a redução da mortalidade infantil no país e a promoção da qualidade de vida, torna-se necessária a conformação de redes regionalizadas e efetivas de atenção perinatal, nas quais a unidade hospitalar constitui-se em um dos pontos de atenção apenas, uma vez que, isoladamente, não é suficiente para prover o cuidado integral. Vários países, como Chile, Peru, Nicarágua, Argentina e Reino Unido, desenvolveram passos para o incentivo ao aleitamento materno na atenção primária.¹⁻²⁻⁷⁵

No Brasil, apesar de as pesquisas epidemiológicas mostrarem tendência crescente da amamentação, indicadores relacionados ao aleitamento materno estão longe do ideal.⁷⁵

Estimativas provenientes da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 e de 2006 mostraram aumento da duração mediana do aleitamento materno, independentemente do recebimento de outros alimentos, de 7 para 14 meses. Outra pesquisa comparativa da prevalência de AM nas capitais brasileiras e Distrito Federal, uma de 1999 e outra de 2008, mostrou a ampliação da prevalência de aleitamento materno exclusivo entre 0-4 meses de 35,5% para 51,2%.⁷⁵

A implementação de várias políticas públicas pautadas no Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno no início da década de 80, explica a tendência crescente dessa prática. Dentre elas, destacam-se a expansão da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (Rede BLH) e da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), os avanços na regulamentação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), além da mobilização social provocada pela comemoração anual da Semana Mundial da Amamentação.⁷⁴⁻⁷⁵

Em 2007, foi aprovada uma portaria do Ministério de Saúde do Brasil, com a norma de orientação para a implantação do Método Canguru nos hospitais. O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção bio-psico-

social na abordagem do recém-nascido de baixo peso, com necessidade de hospitalização e que promove o incentivo ao AM e aumenta sua duração.⁷⁶⁻⁷⁷

Também em 2007, expandindo o incentivo ao AM para além da rede hospitalar, o Ministério da Saúde elaborou uma proposta nacional sobre o aleitamento materno direcionada à atenção básica, a Rede Amamenta Brasil.⁷⁴⁻⁷⁵

Em 2011, foi criada a Rede Cegonha, e, posteriormente, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), também com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o AM.³⁴

Além das políticas em prol do AM, outras medidas que poderiam contribuir para o aumento da taxa de amamentação no Brasil é a criação de locais públicos ou privados adequados para a mãe amamentar, facilitação do acesso à informações com uma rede que possibilite o esclarecimento de dúvidas, como “disque amamentação”, sites específicos na internet e visitas domiciliares por pessoas gabaritadas a auxiliar o binômio, diminuindo a possibilidade do desmame.⁷⁸

6. CONCLUSÕES

6.1. Conclusões referentes ao objetivo: “Avaliar a associação do contato pele a pele em sala de parto e o aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo ao sexto mês de vida”.

- O contato pele a pele precoce foi significativo para o aleitamento materno na análise de frequência descritiva.
- O contato pele a pele tardio foi fator de risco para o desmame no sexto mês de vida na análise univariada.
- Ao final da análise múltipla essas variáveis não se mantiveram como fatores independentemente associados ao desfecho aleitamento materno exclusivo ou não.
- A sucção ao seio no contato pele a pele foi significativa para o desmame na análise de frequência descritiva e permaneceu como fator de risco para o desmame na análise univariada.
- Ao final da análise múltipla essa variável não se manteve como variável independentemente associada ao desfecho aleitamento materno exclusivo ou não.

6.2. Conclusões referentes ao objetivo: “Avaliar a associação entre o tempo de contato pele a pele em sala de parto e o aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo ao sexto mês de vida”.

- A duração do contato pele a pele foi significativa para o desmame e para a ausência de aleitamento materno exclusivo apenas na análise de frequência descritiva.
- Ao final da análise múltipla essa variável não se manteve como variável independentemente associada ao desfecho aleitamento materno exclusivo ou não.

6.3. Conclusões referentes ao objetivo: “Avaliar a associação de outras variáveis maternas, obstétricas e neonatais e o aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo ao sexto mês de vida”.

Na análise de frequência descritiva:

- A amamentação anterior foi significativa para o sucesso do aleitamento materno.
- A não complementação com fórmula no alojamento conjunto também foi significativo para o sucesso tanto do aleitamento materno quanto do aleitamento materno exclusivo.
- O apgar de 5º minuto foi significativo para o AME.
- Ter licença maternidade foi significativo para a ausência de aleitamento exclusivo.

Na análise univariada:

- A amamentação anterior foi fator de proteção para o desmame e o Apgar de quinto minuto foi fator de proteção para o aleitamento materno exclusivo.
- O fato de ter havido complementação com FL no ALCON e licença maternidade foram fatores de risco para o desmame e para a ausência de aleitamento materno exclusivo.

Na análise múltipla:

- A complementação com FL no ALCON foi fator de risco para o desmame e para a ausência de aleitamento materno exclusivo.
- O Apgar de 5º minuto protegeu a ausência de aleitamento materno exclusivo ao sexto mês.
- O fato da mãe trabalhar fora foi fator de risco para a ausência de aleitamento materno exclusivo.

6.4. Conclusões referentes ao objetivo: “Avaliar a taxa de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida”.

- A taxa de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo decresceram significativamente ao longo dos 6 meses de vida do recém-nascido.

7. REFERÊNCIAS

- 1- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde departamento de ações programáticas estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: Guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- 2- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança – Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. 2 ed. Cad. 23. Brasília; Ministério da Saúde; 2015.
- 3- Difrisco E, Goodman KE, Budin WC, Lillienthal MW, Kleinman A, Holmes B. Factors associated with exclusive breastfeeding 2 to 4 weeks following discharge from a large, urban, academic medical center striving for baby-friendly designation. J Perinat Educ. 2011; 20(1):28-35.
- 4- Bramson L, Lee JW, Moore E, Montgomery S, Neish C, Bahjri K, et al. Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. J Hum Lact. 2010;26(2):130-7.
- 5- Declercq E, Labbok MH, Sakala C, O'Hara M. Hospital practices and women's likelihood of fulfilling their intention to exclusively breastfeed. Am J Public Health. 2009; 99(5):929-35.
- 6- Bornstein MH. Sensitive periods in development: structural characteristics and causal interpretations. Psychol Bull. 1989;105(2):179-97.
- 7- Oliveira CS, Locca FA, Carrijo ML, Garcia Rde A. Breastfeeding and complications that contribute to early weaning. Rev Gaucha Enferm. 2015; 36:16-23.

- 8- Aghdas K, Talat K, Sepideh B. Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial. *Women Birth*. 2014; 27(1):37-40.

- 9- Nascimento MBR, Issler H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. *J Pediatr*. 2004;80(5 Supl):S163-S172.

- 10- Pessoto M. Aleitamento materno. In Marba STM, Filho FM. *Manual de Neonatologia Unicamp*, 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2009. P.90-3.

- 11- Flores TR, Nunes BP, Neves RG, Wendt AT, Costa CDS, Wehrmeister FC, et al. Maternal breastfeeding and associated factors in children under two years: the Brazilian National Health Survey, 2013]. *Cad Saude Publica*. 2017; 21;33(11):e00068816.

- 12-Van Odijk J, Kull L, Borres MP, Brandtzaeg P, Edberg U, Hanson LA, et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature: 1966-2001: on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. *Allergy*. 2003;58:833-43.

- 13- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*. 2002;187-95.

- 14- Ip S, Chung M, Raman G, Trikalinos TA, Lau J et al. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's Evidence Report on Breastfeeding in Develop Countries. *Breastfeeding Medicine*. 2009;4(Suppl 1):17-30.

- 15- Stuebe AM, Rich-Edwards JW, Willett WC, Manson JE, Michels KB. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *JAMA*. 2005;294:2601-10.

- 16- Linares AM, Wambach K, Rayens MK, Wiggins A, Coleman E, Dignan MB. Modeling the Influence of Early Skin-to-Skin Contact on Exclusive Breastfeeding in a Sample of Hispanic Immigrant Women. *J Immigr Minor Health*. 2016.
- 17- Boccolini CS, Boccolini PMM, Carvalho ML, Oliveira MIC. Padrões de aleitamento materno exclusivo e internação por diarreia entre 1999 e 2008 em capitais brasileiras. *Ci. e Saúde Coletiva*. 2012;17(7):1857-63.
- 18- Albernaz E, Menezes AM, Cesar JA. Fatores de risco associados à hospitalização por bronquiolite aguda no período pós-natal. *R. Saúde Pública*. 2003;37:485-93.
- 19- Horta BL, Rajiv B, Martines JC, Victoria CG. Evidence of the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and metaanalyses. Geneva: WHO, 2007.
- 20- Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA*. 2002 May; 287(18).
- 21- Anserdon, JW, Johnstone, BM, Remley, DT. Breast-feeding and cognitive development: a metaanalysis. *Am. J. Clin. Nutr.* 1999; 70:525-35.
- 22- Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; 387: 475-90.
- 23- World Health Organization. Infant and young child feeding. 2016. Acesso em 01/11/2018. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/>
- 24- World Health Organization/ UNICEF. Nurturing the Health and Wealth of Nations: The Investment Case for Breastfeeding. New York: UNICEF, 2017.

- 25- Mullany LC, Katz J, Li YM, Khatry SK, LeClerq SC, Darmstadt GL, et al. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in Southern Nepal. *J. Nutr.* 2007; 138:599-603.
- 26- World Health Organization. Collaborative study team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality: effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet.* 2000; 355:451-5.
- 27- Chen A, Rogan J. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics.* 2004;113:435-39.
- 28- Fonseca AL, Albernaz EP, Kaufmann CC, Neves IH, Figueiredo VL. Impact of breastfeeding on the intelligence quotient of eight-year-old children. *J Pediatr (Rio J).* 2013 Jul-Aug;89(4):346-53.
- 29- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal 1ª edição, Brasília. 2009; 108p.
- 30- Smith JW, Tully MR. Midwifery management of breastfeeding: using the evidence. *J Midwifery Women's Health.* 2001; 46(6):423-38.
- 31- Puig G, Sguassero Y. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants: RHL commentary, The WHO Reproductive Health Library: Geneva: World Health Organization, 2013.
- 32- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos. Um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013

33- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília. 2011; 19p.

34- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Rede de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.459/GM, 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha

35- Instituto de Saúde, 2015. Organizadores: Sanches, MTC; Costa, R; Azevedo, VMGO; Morsch, DS; Lamy, ZC. Prefácio. IN: Método canguru no Brasil: 15 anos de política pública. Temas em saúde coletiva, no 19.

36- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.130, de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 6 ago. 2015. Seção 1:149.

37 – Brady K, Bulpitt D, Chiarelli C. An interprofessional quality improvement project to implement maternal/infant skin-to-skin contact during cesarean delivery. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2014; 43(4):488-96.

38- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade/Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde. Brasília. 2009; 276p.

39- World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November. 2007.

- 40- World Health Organization. Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018). Acesso em 01/11/2018. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en>
- 41- Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MI. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review. *Rev Saúde Pública*. 2015 Jan;49.
- 42- Declercq E, Labbok MH, Sakala C, O'Hara M. Hospital practices and women's likelihood of fulfilling their intention to exclusively breastfeed. *Am J Public Health*. 2009; 99(5):929-35.
- 43- World Health Organization/UNICEF. Breastfeeding counselling: A training course. Geneva: World Health Organization/UNICEF; 1993.
- 44- Bueno LGS, Teruya KM. Aconselhamento em Amamentação e sua Prática. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(5 Supl):S126-S130
- 45- Moore ER, Anderson GC. Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. *J Midwifery Womens Health*. 2007; 52(2):116-25.
- 46- Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 16;(5):CD003519. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 25;11:CD003519.
- 47- Guideline: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services. Geneva: World Health Organization. 2017.

48- Awi DD, Alikor EA. Barriers to timely initiation of breastfeeding among mothers of healthy full-term babies who deliver at the University of Port Harcourt Teaching Hospital. *Niger J Clin Pract.* 2006; 9(1):57-64.

49- Marion R, Peters JML. The Relationship Among Skin-to-Skin Contact, Breastfeeding, and Mother–Infant Interaction: Implications for Nursing. *J Obs Gyn Neo Nurs.* 2013;42 Suppl 1: S88-9.

50- Guala A, Boscardini L, Visentin R, Angellotti P, Grugni L, Barbaglia M, et al. Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study. *Scientific World Journal.* 2017;2017:1940756.

51- Yuksel B, Ital I, Balaban O, Kocak E, Seven A, Kucur SK, et al. Immediate breastfeeding and skin-to-skin contact during cesarean section decreases maternal oxidative stress, a prospective randomized case-controlled study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016;29(16):2691-6.

52- Marín Gabriel MA, Llana Martín I, López Escobar A, Fernández Villalba E, Romero Blanco I, Touza Pol P. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatr.* 2010;99(11):1630-4.

53- Srivastava S, Gupta A, Bhatnagar A, Dutta S. Effect of very early skin to skin contact on success at breastfeeding and preventing early hypothermia in neonates. *Indian. J Public Health.* 2014; 58(1):22-6

54- Capurro H, Konichezky S, Fonseca D, Caldeyro-Barcia R. A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. *J Pediatr.* 1978; 93(1):120-2.

55- Villar J, Cheikh Ismail L, Victora CG, Ohuma EO, Bertino E, Altman DG, et al. International Fetal and Newborn Growth Consortium for the 21st Century (INTERGROWTH-21st). International standards for newborn weight, length, and

head circumference by gestational age and sex: The Newborn Cross-Sectional Study of the INTERGROWTH-21st Project. *Lancet*. 2014;384(9946): 857-68.

56- Apgar VA. Proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Curr Res Anesth Analg*. 1953; 32(4):260-7.

57- Conover WJ, Practical Nonparametric Statistics. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1999.

58- Fleiss JL, Levin B, Paik MC. Statistical Methods for Rates and Proportions. 3rd ed. Hoboken, N.J: John Wiley & Sons; 2003.

59- Hosmer DW, Lemeshow SL. Applied Logistic Regression. New York: John Wiley & Sons; 1989.

60- Siegel S, Castellan Jr NJ. Estatística Não-Paramétrica para Ciências do Comportamento. Porto Alegre. 2ª edição. Artmed; 2006.

61- Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics. 4th ed. Boston: Allyn and Bacon, pp 966; 2001.

62- Cleveland L, Hill CM, Pulse WS, DiCioccio HC, Field T, White-Traut R. Systematic Review of Skin-to-Skin Care for Full-Term, Healthy Newborns. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2017 Nov - Dec;46(6):857-69.

63- Agudelo S, Gamboa O, Rodríguez F, Cala S, Gualdrón N, Obando E, Padrón ML. The effect of skin-to-skin contact at birth, early versus immediate, on the duration of exclusive human lactancy in full-term newborns treated at the Clínica Universidad de La Sabana: study protocol for a randomized clinical trial. *Trials*. 2016;17(1):521.

64- Abdulghani N, Edvardsson K, Amir LH. Worldwide prevalence of mother-infant skin-to-skin contact after vaginal birth: A systematic review. *PLoS One*. 2018; 31;13(10):e0205696

65- Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11:CD003519.

66- Alzaheb RA. A Review of the Factors Associated with the Timely Initiation of Breastfeeding and Exclusive Breastfeeding in the Middle East. *Clin Med Insights Pediatr*. 2017;11.

67- Mikeil-Kostyra K, Mazur J, Boltruszko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr*. 2002;91:1301-6.

68- Sanches MT, Buccini Gdos S, Gimeno SG, Rosa TE, Bonamigo AW. Factors associated with interruption of exclusive breastfeeding in low birth weight infants receiving primary care. *Cad Saude Publica*. 2011 May;27(5):953-65.

69- Karall D, Ndayisaba JP, Heichlinger A, Kiechl-Kohlendorfer U, Stojakovic S, Leitner H, et al. Breast-feeding Duration: Early Weaning-Do We Sufficiently Consider the Risk Factors? *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2015; 61(5):577-82.

70- Lindau JF, Mastroeni S, Gaddini A, Di Lallo D, Fiori Nastro P, Patanè M, et al. Determinants of exclusive breastfeeding cessation: identifying an "at risk population" for special support. *Eur J Pediatr*. 2015; 174(4):533-40 Erratum in: *Eur J Pediatr*. 2015; 174(4):541. Nastro, Paolo Fiori [corrected to Fiori Nastro, Paolo].

71- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília. 2011; 19p.

- 72- Rius JM, Ortuño J, Rivas C, Maravall M, Calzado MA, López A, et al. Factors associated with early weaning in a Spanish region. *An Pediatr (Barc)*. 2014;80(1):6-15. Spanish
- 73- Cavalcanti SH, Caminha Mde F, Figueiroa JN, Serva VM, Cruz Rde S, de Lira PI, Batista Filho M. Factors associated with breastfeeding practice for at least six months in the state of Pernambuco, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18(1):208-19.
- 74- Venancio SI, Giugliani ER, Silva OL, Stefanello J, Benicio MH, dos Reis MC, et al. Association between the degree of implementation of the Brazilian Breastfeeding Network and breastfeeding indicators. *Cad Saude Publica*. 2016;32(3):e00010315.
- 75- Venâncio SI, Martins MC, Sanches MT, Almeida Hd, Rios GS, Frias PG. Deployment analysis of the Brazilian Breastfeeding Network: challenges and prospects for promoting breastfeeding in primary care]. *Cad Saude Publica*. 2013; 29(11):2261-74.
- 76- Ghojzadeh M, Hajebrاهيمi S, Pournaghi-Azar F, Mohseni M, Derakhshani N, Azami-Aghdash S. Effect of Kangaroo Mother Care on successful breastfeeding: A systematic review and Meta-Analysis of randomised controlled trials. *Rev Recent Clin Trials*. 2018 Sep 24.
- 77- Ministério da Saúde. Portaria n.1.683, de 12 de julho de 2007. Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. 2007.
- 78- Lee CC, Chiou ST, Chen LC, Chien LY. Breastfeeding-Friendly Environmental Factors and Continuing Breastfeeding Until 6 Months Postpartum: 2008-2011 National Surveys in Taiwan. *Birth*. 2015;42(3):242-8.

8. ANEXOS



Comissão de Pesquisa
CAISM/UNICAMP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROJETO DE PESQUISA ANALISADO PELA
COMISSÃO DE PESQUISA/CAISM/UNICAMP**

IDENTIFICAÇÃO		
Título do Projeto: "Avaliação do contato pele a pele entre mãe e recém-nascido no local de nascimento e aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida"		
1. Pesquisador Responsável: Tairita De Lasso da Silveira Bueno e Sérgio Tadeu Martins Marbs		
3. Instituição do Pesquisador: Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP		
4. Local onde será realizada a Pesquisa: Hospital da Mulher "Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti" - CAISM - UNICAMP - Divisão de Neonatologia		
5. Nº de inscrição no CEP/FCM: /201	6. Grupo:	7. Data de apresentação ao CEP: / /201

APRESENTAÇÃO DO PROJETO:
8. : A superioridade do aleitamento materno é inquestionável. Traz benefícios nutricionais, imunológicos e para o desenvolvimento do recém-nascido (RN). Para a mãe, permite que as alterações do puerpério sejam apenas fisiológicas e funciona como reforço positivo para as mudanças psíquicas deste período. Mesmo com essas evidências, a prática do aleitamento materno exclusivo (AME) é aquém da desejada. Estudos mostram que o contato pele a pele aumenta a taxa de amamentação na primeira hora de vida, o que está relacionado com altas taxas de AME na alta e, posteriormente. No CAISM a prática o contato pele a pele é frequente e cerca de 93% dos recém-nascidos estão em AME na alta. Entretanto, dados sobre os primeiros meses de vida são desconhecidos. Este é um estudo de coorte onde será avaliada a prática do AME ou não com 15 dias, 1, 4 e 6 meses de vida. O tamanho amostral estimado, considerando um erro relativo de 20% e perda de seguimento de 20% ao final do 6º mês, foi de 150 nascimentos. Para cada idade será feita uma análise de determinantes do resultado do AME, tendo como variável independente principal o fato de ter feito ou não pele a pele ao nascimento. Serão analisadas outras variáveis que poderiam influenciar na resposta. As variáveis categóricas serão expressas em frequências absolutas e relativas e comparadas pelo teste de qui-quadrado ou Fisher. As variáveis contínuas serão avaliadas pelo teste de t-Student ou de Mann Whitney, conforme a sua distribuição. Numa segunda etapa será realizada análise múltipla para verificar a interdependências das variáveis ajustadas para o contato pele a pele. O nível de significância aceito será de 5%.

AVALIAÇÃO DOS RISCOS E BENEFÍCIOS:
9. Não há riscos previstos nesse estudo. O benefício de se estudar o resultado com contato precoce entre mãe e filho no resultado do aleitamento materno exclusivo, poderá resultar, além das informações relacionadas, também em maior conscientização para a realização desse procedimento durante a rotina do atendimento obstétrico e neonatal.

COMENTÁRIOS E CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA:
10. Apesar de inserido na rotina da assistência ao parto, o contato precoce entre mãe e filho logo após o nascimento nem sempre acontece e apresenta duração variável. O estudo propõe medir esse contato e avaliar a associação com a manutenção do aleitamento materno exclusivo até seis meses de vida. As informações obtidas e o estímulo que esse contato pós-parto aconteça decorrente da pesquisa, propiciará uma avaliação sobre o efeito desse procedimento e poderá identificar pontos onde há necessidade de ações futuras, visando alcançar uma maior proporção e tempo de amamentação.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS TERMOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:
11. As informações adicionais e os anexos estão adequados. O Projeto e o TCLE apresentado seguem as diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O TCLE segue as orientações disponibilizadas pelo CEP/Unicamp.

RECOMENDAÇÕES:			
12. Não há.			
CONCLUSÕES OU PENDÊNCIAS E LISTA DE INADEQUAÇÕES:			
13. Não há.			
14. SITUAÇÃO DO PARECER:			
<input checked="" type="checkbox"/> Aprovado	<input type="checkbox"/> Não Recomenda a Aprovação	<input type="checkbox"/> Em Pendência	<input type="checkbox"/> Com Destaque
Campinas, de setembro de 2017.		Nome e assinatura do(s) membro(s) relator(es):	
		 Prof. Dr. Fernanda Garanhani de Castro Surita Presidente da Comissão de Pesquisa - DTG/CAISM/Unicamp	

ANEXO 2

Nome da mãe: _____ HC: _____

Nome do RN: _____ HC: _____

Endereço: _____

Telefone fixo: () _____ Telefone celular / WhatsApp: () _____

E-mail: _____

Data de nascimento: _____ Hora de nascimento: _____

Variáveis dependentes

Aleitamento materno exclusivo com 15 dias: sim () não ()

Aleitamento materno exclusivo 1 mês de vida: sim () não ()

Aleitamento materno exclusivo 4 meses de vida: sim () não ()

Aleitamento materno exclusivo 6 meses de vida: sim () não ()

Variáveis independentes principais

Contato pele a pele: sim () não ()

Contato pele a pele precoce: sim () não ()

Duração do contato pele a pele: _____ min.

Variáveis maternas

Idade: () anos

Escolaridade: () anos

Companheiro no mesmo domicílio: sim () não ()

Trabalho fora do lar: sim () não ()

Licença maternidade: sim () não ()

Cor: branca () não branca ()

Primigesta: sim () não ()

Amamentação anterior: sim () não ()

Diabetes: sim () não () Hipertensão: sim () não ()

Obesidade: sim () não () Mamoplastia: sim () não ()

Uso de drogas ou medicamentos ilícitos: sim () não ()

Variáveis obstétricas

Tipo de parto: vaginal () cesárea ()

Turno de nascimento: diurno () noturno ()

Variáveis neonatais

Idade gestacional (sem): _____

Peso (g): _____

PIG: sim () não ()

Sexo: masculino () feminino ()

Apgar 1º min: _____ Apgar 5º min: _____

Reanimação: sim () não ()

Sucção durante contato pele a pele: sim () não ()

Sucção no centro obstétrico: sim () não ()

Complementação: sim () não ()

Alta hospitalar

Necessitou complementação: sim () justificativa _____ não ()

Aleitamento materno: sim () não () Exclusivo: sim () não ()

ANEXO 3

1 mês de vida

Aleitamento materno: sim () não () Exclusivo: sim () não ()

Idade do desmame ou complementação: _____

Causa do desmame ou complementação: _____

4 meses de vida

Aleitamento materno: sim () não () Exclusivo: sim () não ()

Idade do desmame ou complementação: _____

Causa do desmame ou complementação: _____

6 meses de vida

Aleitamento materno: sim () não () Exclusivo: sim () não ()

Idade do desmame ou complementação: _____

Causa do desmame ou complementação: _____

ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Avaliação do contato pele a pele no local de nascimento e aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida

Dra. Tarita De Losso da Silveira Bueno

Dr. Sérgio Tadeu Martins Marba

Número do CAAE: 78688217.3.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar se o contato pele a pele ao nascimento influencia o aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. Também avaliará se o tempo em que o recém-nascido permanece em contato pele a pele tem associação com o tempo de aleitamento materno exclusivo e, se variáveis maternas, obstétricas e neonatais influenciam no aleitamento materno.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a:

- Autorizar que sejam coletados os dados do nascimento de seu filho(a), anotados nos arquivos do hospital.

- Ser entrevistada pela pesquisadora após o nascimento do seu filho(a), para esclarecimento de algumas informações pessoais. Esta entrevista deve durar cerca de 20 minutos.

- Depois disto, a pesquisadora fará 4 contatos telefônicos: o primeiro quando seu filho completar 15 dias de vida, o segundo com 1 mês de vida, o terceiro quando ele tiver 4 meses e o último, quando ele completar 6 meses de vida. Nestas ligações será perguntado apenas como está sendo a alimentação da criança, se é sugando apenas ao seio materno, ou seio com complementação com mamadeira ou se está apenas com mamadeira. O tempo estimado para estas ligações telefônicas é de 5 minutos cada uma.

Desconfortos e riscos:

Não existem riscos previsíveis relacionados à sua participação nesta pesquisa. O desconforto que poderá ocorrer pode estar relacionado ao incômodo da ligação telefônica, ou constrangimento pela informação a ser dada referente a alimentação do seu filho.

Benefícios:

Não haverá benefícios diretos com a sua participação na pesquisa. O resultado da pesquisa trará informações importantes sobre a rotina de atendimento do binômio mãe e recém nascido.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade e a de seu (sua) filho(a) serão mantidas em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e Indenização:

Como você não terá nenhum custo com a sua participação no estudo não haverá ressarcimento.

Você terá a garantia ao direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores Dra. Tarita De Losso da Silveira Bueno ou Dr. Sérgio Tadeu Martins Marba, das 08:30hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:00hs na

Rua Alexander Fleming, 101, Cidade Universitária; CEP 13083-970, Campinas – SP; telefone: (19) 3521-9307 ou 3521-9324; e-mail: tarita@unicamp.br

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887, Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Nome do (a) participante: _____

Contato telefônico: _____

e-mail (opcional): _____

_____ Data: ____/____/____

(Assinatura do participante)

Responsabilidade do Pesquisador:

Para evitar interferências da pesquisa no período peri parto e devido o contato pele a pele ser uma rotina do serviço, o TCLE será submetido após a mãe ter se recuperado do parto. E, para aquelas cujo consentimento não foi

obtido, as informações de momento e tempo de duração do contato pele a pele serão descartadas.

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste TCLE. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____/____/____